ANNALES

DE

DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

5e SÉRIE. — TOME III. — 1912

CONDITIONS DE LA PUBLICATION

Les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie* paraissent le 15 de chaque mois.

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL:

Paris : **30** fr. — *Départements et Union postale :* **32** fr.

ANNALES
DE
DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

CINQUIÈME SÉRIE

PUBLIÉE PAR

MM.

A. FOURNIER
Professeur honoraire à la Faculté de médecine
Médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis.

L. BROCQ
Médecin
de l'hôpital Saint-Louis.

H. HALLOPEAU
Médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis,
Membre de l'Académie de médecine.

G. THIBIERGE
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

W. DUBREUILH
Professeur à la Faculté de Bordeaux.

J. DARIER
Médecin
de l'hôpital Saint-Louis.

CH. AUDRY
Professeur
à la Faculté de Toulouse.

L. JACQUET
Médecin
de l'hôpital Saint-Antoine.

AVEC LA COLLABORATION DE MM.

ARNOZAN, AUBERT, BALZER, L. DE BEURMANN, BOISSEAU, BONNET, B. BORD, BRAULT, BRODIER
M. CARLE, J. CHAILLOUS, CHARMEIL, A. CIVATTE, DANLOS, L. DEKEYSER, FAGE,
FAVRE, M. FERRAND, FRÈCHE, GAUCHER, J. HALLÉ, HORAND, HUDELO, JAMBON, JEANSELME,
L. JULLIEN, E. LENGLET, L. LE PILEUR, LEREDDE, L. LE SOURD, G. MILIAN, MOREL-LAVALLÉE,
J. NICOLAS, P. PAGNIEZ, PAUTRIER, PELLIER, G. PETGES, L. PERRIN, PAUL RAYMOND,
ALEX. RENAULT, R. SABOURAUD, R. SPILLMANN, LOUIS WICKHAM.

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION
P. RAVAUT
Médecin des hôpitaux de Paris.

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL :
Paris, 30 fr. — Départements et Union Postale, 32 fr.

TOME III — 1912

PARIS
MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN (6e)

—

MCMXII

ANNALES
DE
DERMATOLOGIE & DE SYPHILIGRAPHIE

TRAVAUX ORIGINAUX

ÉTUDE CRITIQUE SUR L'ÉRYTHÈME POLYMORPHE ET LES DERMATITES POLYMORPHES

Par **L. Brocq.**

Préambule. — Exposé du sujet.

L'un des plus précieux privilèges de celui qui a dépassé l'âge moyen de la vie est de pouvoir reconnaître les erreurs scientifiques qu'il a commises pendant sa période de production, puis de s'efforcer de les rectifier. C'est ce que nous voudrions faire dans ce travail.

Depuis près de deux ans, nous nous sommes mis à étudier de nouveau les dermatoses bulleuses, et nous pensons à l'heure actuelle que la conception que nous en avons donnée dans nos deux mémoires de 1888 et de 1898 sur les dermatites polymorphes douloureuses puis dans notre ouvrage didactique de 1907, doit être rectifiée sur certains points.

Il y a surtout une question au sujet de laquelle de regrettables erreurs se sont glissées dans nos travaux, et ont ainsi contribué à obscurcir cette partie de la dermatologie du moins en France, nous voulons parler des relations qui existent entre ce que l'on a appelé dans notre pays l'érythème polymorphe vésiculo-bulleux et nos dermatites polymorphes douloureuses.

Disons-le tout de suite, les diagnostics différentiels que nous avons tracés et que d'autres auteurs ont tracés avec nous entre ces deux types morbides ne reposent sur aucun fondement sérieux. Ce fait capital nous avait frappé depuis longtemps. Quand l'étude plus approfondie de certains malades nous a démontré que chez un même sujet atteint de

dermatose bulleuse les phénomènes douloureux peuvent d'abord faire défaut, puis peuvent se développer avec une extraordinaire intensité, nous nous sommes dit que vraiment il n'y a plus aucun critérium permettant de diagnostiquer la dermatite polymorphe de l'érythème polymorphe vésiculo-bulleux tel que l'École française l'a admis dans ces trente dernières années.

Reprenant alors l'étude de l'érythème polymorphe tel que l'avait conçu F. Hebra, nous nous sommes bien vite convaincus que le grand dermatologiste viennois n'avait pas étendu le cadre de son érythème polymorphe comme l'ont fait peu à peu ses admirateurs étrangers.

On se demande en particulier comment les chefs de l'École dermatologique française de 1880 à 1890 ont pu glisser comme ils l'ont fait sur la pente de la généralisation, et rapporter aux érythèmes polymorphes de F. Hebra toutes les dermatoses vésiculo-bulleuses dans lesquelles on observe un élément érythémateux quelconque alors qu'à côté des plaques d'érythème la bulle se forme d'emblée sur la peau saine.

Il faut reconnaître cependant que F. Hebra doit porter de son côté une certaine part de responsabilité dans la genèse de cette erreur, puisqu'il s'est refusé à admettre des faits aigus dans son groupe du pemphigus. Où pouvait-on dès lors classifier ces cas à évolution relativement rapide objectivement caractérisés par de l'érythème, des vésicules, des bulles ? Évidemment dans l'érythème polymorphe, puisque l'éruption était polymorphe, puisqu'elle avait des allures aiguës, puisque le pemphigus était toujours chronique. Et c'est ce qu'ont fait E. Besnier, E. Vidal, et leurs élèves, de 1880 à 1885.

Survinrent alors les recherches de L.-A. Duhring qui, observant dans certains de ces faits une longue durée, des phénomènes douloureux intenses, une disposition herpétiforme des éléments éruptifs, crut pouvoir en faire une sorte d'entité morbide spéciale sous le nom de *dermatite herpétiforme*.

Cette conception ainsi restreinte n'était qu'en partie acceptable : nous le démontrâmes dans notre mémoire de 1888 : en analysant les faits cliniques, en les groupant par catégories, nous n'eûmes pas de peine à prouver que des formes cliniques identiques au point de vue objectif et subjectif peuvent revêtir des allures chroniques subaiguës, ou même aiguës.

Dès lors l'érythème polymorphe vésiculo-bulleux des auteurs modernes était entamé par ce nouveau groupe. Nous eûmes le courage de le dire, mais nous n'eûmes pas la perspicacité d'aller plus loin, et de détruire dès cette époque l'erreur édifiée par nos maîtres. Nous nous épuisâmes à chercher des caractères différentiels entre nos dermatites polymorphes douloureuses aiguës et les érythèmes polymorphes vésiculo-bulleux.

Or ces caractères différentiels n'existent pas. L'érythème polymor-

phe doit rester tel que l'a établi le génie de F. Hebra. Les pemphigus vrais eux, sont objectivement caractérisés par la bulle comme lésion élémentaire ; certaines des affections rangées dans ce groupe sont d'ailleurs déjà nettement définies par leur étiologie comme le pemphigus épidémique, le P. aigu fébrile grave, peut-être même le P. vegetans essentiel, etc.... Entre cet érythème polymorphe ainsi bien délimité d'une part, et ces pemphigus vrais d'autre part, existe un groupe énorme de faits, polymorphes d'éruption, éminemment divers et capricieux d'allures, dans lesquels rentrent ce que nos maîtres ont décrit sous le nom d'érythèmes polymorphes vésiculo-bulleux, L.-A. Duhring sous le nom de dermatite herpétiforme, nous-même sous celui de dermatites polymorphes douloureuses, et l'école de Vienne sous celui de pemphigus chronique. Ils offrent deux caractères majeurs : 1° La vésicule et la bulle peuvent parfois se former d'emblée sur la peau saine, parfois sur un élément érythémateux préexistant; 2° Les éruptions peuvent siéger en un point quelconque des téguments et non plus seulement aux faces dorsales des mains, aux poignets, aux coudes, aux genoux, au cou, comme dans l'érythème multiforme vrai de F. Hebra.

Le but de ce travail est de mettre en pleine lumière les erreurs que nous avons commises et que nous venons de signaler, et de donner une conception générale des dermatites polymorphes qui puisse s'adapter aux faits cliniques actuellement connus.

PREMIÈRE PARTIE

I. — Exposé des faits et travaux antérieurs.

Nous demandons à nos lecteurs de vouloir bien se reporter au texte même de F. Hebra que nous ne pouvons citer en entier pour ne pas alourdir outre mesure ce travail (1). Ils y verront que d'après lui les éruptions pathognomoniques du groupe auquel il a donné le nom d'érythème polymorphe sont des macules rouges, ou des papules élevées ou incolores, ou des tubercules, des élevures, ou encore de larges plaques saillantes formées par leur agglomération : elles ne sont jamais de longue durée. Il range dans ce groupe : 1° l'érythème exsudatif comprenant deux sous-divisions : *a*) l'érythème exsudatif multiforme, *b*) l'érythème noueux ; 2° la roséole exsudative ; 3° l'urticaire.

Parmi toutes ces affections la seule qui nous intéresse pour le moment est celle à laquelle il a donné le nom d'*érythème exsudatif mul-*

(1) F. Hebra, *Traité des maladies de la peau*. Trad. fr. de A. Doyon, t. I, p. 145, 146.

tiforme. Il l'a ainsi dénommée parce qu'il pense que l'erythema papulatum de Willan, l'erythema tuberculatum du même auteur, l'erythema annulare de Biett, l'erythema iris de Rayer, l'erythema gyratum de Fuchs ne sont que des formes de la même maladie à ses différentes périodes. Le caractère le plus important de cette affection est pour lui de se localiser en certaines régions du corps telles que la face dorsale des mains et des pieds qui sont toujours prises : dans les cas intenses les avant-bras, les jambes, les bras, les cuisses et même le tronc et la figure peuvent être envahis, mais c'est exceptionnel. Le plus souvent l'éruption est sèche, cependant dans certaines circonstances on voit se former au niveau des éléments érythémateux des soulèvements de l'épiderme par de la sérosité, sous la forme de vésicules. Parfois même dans la variété objective dite herpes iris on peut observer de véritables bulles. « Il est probable que c'est cette variété d'herpès iris qui a conduit quelques observateurs, peu au courant des maladies de la peau, à admettre un pemphigus acutus, dont je mets l'existence en doute. A ceux qui seraient disposés à regarder comme des exemples de pemphigus ces cas d'herpès iris, je dirai que même dans cette forme peu commune, la maladie présente toujours des caractères suffisants pour permettre d'établir un diagnostic. On peut y arriver soit en tenant compte du siège de l'affection, soit en remarquant que l'un ou l'autre des groupes de vésicules ne sont pas si parfaitement confluents qu'il soit impossible de distinguer la disposition concentrique particulière » (F. Hebra, *loco citato*).

Il ne peut y avoir aucune ambiguïté : F. Hebra n'a décrit sous le nom d'*érythème polymorphe, variété érythème exsudatif multiforme*, que les éruptions qui correspondent à notre érythème polymorphe érythématopapuleux, et à l'hydroa vésiculeux ou herpès iris de Bateman (1). Quant à ce que nous avons décrit, après le Dr de Molènes-Mahon et E. Besnier, sous le nom d'*érythème polymorphe vésiculo-bulleux*, il ne rentre nullement dans la description du maître de l'École de Vienne.

Son disciple et continuateur Kaposi est tout aussi explicite (2). Cependant un passage de ses célèbres leçons sur les maladies de la peau a pu conduire certains dermatologistes à une fâcheuse extension du groupe érythème polymorphe (3), c'est celui dans lequel il déclare que parfois « sur une partie quelconque ou sur plusieurs parties, au centre ou à la périphérie des efflorescences, l'épiderme peut être soulevé sous forme d'une grosse bulle » ce qui constitue pour lui l'*érythème bulleux*.

(1) Voir notre *Traité élémentaire de Dermatologie Pratique*, t. II, p. 262 et suivantes (Paris, 1907).

(2) Voir KAPOSI, *Pathologie et traitement des maladies de la peau*, t. I, p. 355. Traduction française d'E. Besnier et A. Doyon.

(3) *Eod. loc.*, p. 359.

Mais il est hors de doute pour tout esprit rassis que dans cette description il est resté dans les limites tracées par F. Hebra. Il n'en est pas moins vrai qu'il a prononcé le mot d'érythème bulleux, ce qui ouvrait une porte aux généralisations. Si l'on songe que Hebra se refusait à admettre un pemphigus aigu, que l'on n'avait vers les parages de 1880, 1884, aucun cadre où l'on pût ranger les faits que nous avons dénommés plus tard dermatites polymorphes aiguës, on devait à peu près sûrement les classer dans cet érythème bulleux dont parlait Kaposi.

C'était fatal ; cela a été fait insensiblement par les chefs de l'école française, et cela a été en France la source de confusions regrettables qui persistent encore et que nous n'avons eu jusqu'ici ni la perspicacité de relever nettement, ni l'énergie de faire cesser.

II. — L'ÉRYTHÈME POLYMORPHE VÉSICULO-BULLEUX DE L'ÉCOLE FRANÇAISE.

En 1880 cette extension du terme érythème polymorphe n'était pas encore nettement effectuée. Dans sa thèse sur les éruptions pemphigoïdes aiguës, Nodet admet un pemphigus aigu véritable distinct de l'érythème polymorphe, et il déclare (1) « que dans l'érythème l'éruption est rarement généralisée, qu'elle existe toujours aux extrémités par lesquelles elle débute presque constamment, qu'elle est polymorphe, c'est-à-dire constituée par des papules, des élevures, des plaques d'œdème congestif et d'œdème anémique, des vésicules et des bulles, et que ces bulles reposent sur une base érythémateuse et congestionnée, qu'elles ne recouvrent qu'incomplètement. Dans le pemphigus aigu au contraire l'éruption n'est constituée que par des bulles, reposant sur une peau saine et n'offrant d'auréole érythémateuse qu'à la période de leur évolution purulente. »

C'était bien, cela paraissait net, mais c'était en réalité totalement insuffisant. Il existe en effet des cas dans lesquels coexistent chez le même individu des plaques érythémateuses préexistantes, et des bulles formées d'emblée sur peau saine. Où classer de pareils faits ?

L'École française de cette époque (1880-1884) n'hésita pas à étendre le domaine de l'érythème polymorphe et à y ranger les faits auxquels nous faisons allusion.

C'est dans la thèse d'un des élèves d'E. Besnier, M. le Dr Paul de Molènes-Mahon (2), thèse faite sous l'inspiration de ce maître éminent que se trouve complètement formulée la théorie de l'érythème polymorphe vésiculo-bulleux telle qu'elle est admise en France depuis près de trente ans. L'auteur y déclare (3) que l'érythème bulleux a été

(1) Nodet, p. 55, *loc. cit.*
(2) De l'érythème polymorphe par le Dr Paul de Molènes-Mahon, Paris, 1884.
(3) *Loc. cit.*, p. 45, 49.

jusqu'alors méconnu et rangé par presque tous les auteurs dans la grande classe des pemphigus. Il attaque Nodet, l'accuse d'avoir étiqueté pemphigus aigu des cas qui n'étaient que de l'érythème bulleux : comme F. Hebra il croit que le pemphigus acutus n'existe réellement pas, négligeant complètement le criterium allemand de l'érythème polymorphe, il pose en fait que dans la plupart des cas étendus et graves qu'il étiquette érythème polymorphe bulleux les bulles se montrent isolées, indépendantes, ne reposant sur aucune base érythémateuse. « Et, ajoute-t-il, on ne doit pas conclure de l'apparition de ces quelques bulles isolées sans base érythémateuse à l'existence d'un pemphigus aigu véritable, car elles existent toujours avec d'autres bulles à large base érythémateuse, accentuant ainsi nettement le caractère polymorphe de l'éruption » (1).

Il va encore plus loin (2), et il déclare que dans l'érythème polymorphe vésiculo-bulleux les manifestations cutanées peuvent envahir irrégulièrement tout le corps (ce qui est en contradiction formelle avec le caractère majeur des localisations de l'érythème polymorphe établi par F. Hebra), et que la maladie peut passer à l'état chronique, et durer deux mois, six mois, un an.

Il est inutile d'insister pour faire comprendre à nos lecteurs que les types morbides ainsi visés par M. le Dr de Molènes-Mahon ne sauraient à aucun titre rentrer dans le cadre de l'érythème polymorphe tel qu'il a été compris par l'école de Vienne.

III. — Création de la dermatite herpétiforme et des dermatites polymorphes douloureuses : leurs rapports avec l'érythème polymorphe vésiculo-bulleux.

Au moment même où paraissait la thèse de M. le Dr P. de Molènes-Mahon, et où ces conceptions nous jetaient dans de grandes perplexités (3), L.-A. Duhring commençait à publier sa série de travaux sur la dermatitis herpetiformis. Ils nous intéressèrent au plus haut point, mais nous devons reconnaître que tout d'abord nous n'en comprîmes pas fort bien la véritable portée. Nous n'attachâmes pas dans nos premiers mémoires à l'herpétiformité toute la valeur que Duhring lui avait attribuée, et en outre nous ne comprîmes pas très bien le diagnostic différentiel que le maître Américain traça entre son type morbide et l'érythème polymorphe.

Dans son travail intitulé : cas de dermatite herpétiforme ressemblant

(1) M. le Dr Paul de Molènes-Mahon, *loc. cit.*
(2) *Eod. loc.*, p. 78, p. 81.
(3) Voir nos réflexions à propos d'une analyse d'un travail de G. Rohé sur le pemphigus (*Annales de Dermat. et de Syph.*, p. 564, 1884.)

à l'érythème multiforme (1), L.-A. Duhring parle d'une éruption de plus d'un an de durée, objectivement caractérisée par des plaques érythémateuses, marginées, annulaires, circinées, sur lesquelles par places se voyaient des papulo-vésicules, et des vésicules plus ou moins bien formées, de grandeurs variables, le tout s'accompagnant d'un atroce prurit : il n'y avait pas de bulles, surtout pas de bulles formées d'emblée sur la peau saine. Duhring se demande à ce propos s'il s'agit d'un érythème multiforme grave et diffus d'une longue durée, et si l'on est autorisé, d'après ce cas, à donner une nouvelle définition de l'érythème multiforme, et à y faire rentrer un processus chronique, pour pouvoir y classer les faits analogues, ou bien si on doit les regarder comme trop distants de l'érythème multiforme pour pouvoir y être rattachés. Et il admet cette deuxième solution du problème en s'appuyant sur la chronicité du processus, la tendance aux rechutes répétées, les violentes sensations de prurit et de brûlure, etc... Mais qu'on ne s'y trompe pas ! Il ne s'agissait pas dans le fait auquel nous faisons allusion d'éruptions bulleuses franches, de celles qui nous intéressent surtout dans le travail actuel, il s'agissait d'éruptions érythémateuses figurées, présentant des papulo-vésicules et des vésicules sur fond érythémateux et par suite pouvant objectivement être confondues avec l'érythème multiforme tel que l'a décrit F. Hebra. La question que se posait l'auteur américain était donc une question un peu à côté de celle qui nous occupe. Elle se ramène à ceci : N'y a-t-il pas parmi les éruptions du type objectif érythème multiforme tel que l'a écrit F. Hebra, des types à évolution chronique et fortement prurigineux qui, grâce à leur marche spéciale, à leur ténacité, et à leurs phénomènes subjectifs, méritent d'être mis à part et d'être considérés plutôt comme des dermatites herpétiformes, variété érythémateuse, que comme de simples érythèmes multiformes ?

Donc, en réalité, Duhring ne s'occupe pas de l'érythème polymorphe bulleux tel que l'ont créé les auteurs français ; il ne discute que l'érythème multiforme tel que l'a conçu F. Hebra. Pour lui les faits que les auteurs Français ont étiquetés érythèmes polymorphes bulleux ou vésiculo-bulleux sont ou des dermatites herpétiformes ou des pemphigus (2).

Nous abordions donc en 1888 l'étude de la dermatite herpétiforme de Duhring et des éruptions connexes avec des idées assez différentes de celles de l'auteur américain.

Nous n'analyserons pas ici notre travail de 1888 (3) : nous y renvoyons le lecteur. Mais nous voulons mettre en relief les inextricables

(1) *The medical Record*, p. 380, 2 avril 1887.

(2) Voir en outre L.-A. Duhring, diagnostic de la *Dermatitis herpetiformis* (*American dermat. Association*, 2 septembre 1887.).

(3) *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1888, p. 1 et suivantes.

difficultés auxquelles nous nous sommes heurtés quand nous avons étudié la masse énorme de documents connus à cette éqoque, quand nous avons eu montré qu'ils formaient une chaîne ininterrompue allant des faits les plus bénins, les plus rapides d'allures, non récidivants, aux faits récidivants, aux faits à évolution chronique, graves comme éruption et comme phénomènes subjectifs. Quand nous avons eu ainsi prouvé qu'on ne pouvait purement et simplement ranger dans un érythème polymorphe vésiculo-bulleux qui serait nettement distinct des dermatites polymorphes douloureuses, des faits absolument analogues à ces dermatites douloureuses comme symptomatologie (éruption et phénomènes subjectifs), pour cette seule et unique raison qu'ils avaient une évolution rapide, après avoir démontré que d'insensibles faits de passage (formes subaiguës, formes récidivantes) reliaient d'une manière indiscutable les formes chroniques et ces formes aiguës, nous n'avons pu préciser un diagnostic différentiel convenable entre ces formes aiguës et l'érythème polymorphe vésiculo-bulleux des auteurs français. Il en est résulté une gêne par trop évidente dans nos deux principaux travaux sur cette question, ceux de 1888 et de 1898. En voici quelques extraits pour que nos lecteurs puissent s'en rendre compte.

« Si nous analysons » les faits aigus dont nous parlons « nous voyons qu'ils sont caractérisés : 1. Par des phénomènes éruptifs polymorphes, consistant en : *a*) *éléments primitifs,* plaques érythémateuses plus ou moins nettement figurées, papules, vésicules, papulo-vésicules, bulles disséminées ou groupées de diverses manières, parfois même pustules ; *b*) *éléments secondaires,* excoriations, croûtes, macules brunâtres ; 2. Par un prurit ou par des sensations de cuisson intenses précédant souvent les poussées éruptives ; 3. Par une évolution rapide de quelques semaines à quelques jours de durée ; assez souvent ils ont une tendance marquée à récidiver... Ils semblent constituer une sorte de dermatite polymorphe prurigineuse de faible intensité, aiguë et de courte durée. *On pourrait, jusqu'à plus ample informé, les grouper sous le nom provisoire de dermatites polymorphes prurigineuses aiguës, mot qui a pour avantage de désigner les caractères majeurs du syndrome sans rien préjuger de la nature réelle des faits...* Ils forment une chaîne continue reliant sans la moindre interruption la dermatite polymorphe prurigineuse chronique à poussées successives, dans ce qu'elle a de plus typique, aux cas à évolution rapide... Cependant,... malgré les faits de passage, nous ne sommes pas autorisés à généraliser, à confondre dans une seule et même description des faits graves, à évolution chronique, à physionomie bien nette et bien définie comme ceux qui constituent notre dermatite polymorphe prurigineuse chronique à poussées successives, et des faits bénins à évolution rapide, mal définis en tant qu'entité morbide spéciale, ne constituant en

somme qu'un syndrome, comme ceux que nous classons sous le titre générique de dermatites polymorphes prurigineuses aiguës. Nous conserverons donc notre type de la dermatite polymorphe prurigineuse chronique tel que nous l'avons établi en commençant ce travail. Nous l'étudierons tel quel, aussi strictement limité que possible, peut-être trop, mais inattaquable. Il sera toujours temps de généraliser plus tard, de montrer qu'on doit lui rattacher comme n'étant qu'une de ses variétés tel autre type morbide qui n'en diffère que par des nuances peu importantes.

« Mais alors, que ferons-nous de ces cas à marche rapide, que nous venons de désigner sous le nom de dermatites polymorphes prurigineuses aiguës ? Faut-il adopter à leur égard les idées des dermatologistes français et allemands (1) et se contenter d'en faire des érythèmes polymorphes bulleux ? Certes, au point de vue cutané pur rien de plus logique : objectivement ce sont de simples érythèmes polymorphes bulleux (2). Là n'est pas la question (3). Il s'agit de savoir s'il est bien légitime de ranger pêle-mêle dans cet immense groupe de l'érythème polymorphe, fort disparate à notre sens, toutes les éruptions à marche un peu aiguë, récidivantes ou non, qui sont objectivement caractérisées par des éléments érythémateux, vésiculeux et bulleux, sans tenir aucun compte ni de l'étiologie, ni de la pathogénie, ni des autres symptômes concomitants ?...

« Et cependant si nous ne voulons pas les laisser confondues avec les autres affections similaires dans le grand groupe des érythèmes polymorphes, il nous faut les en distinguer en leur attribuant des caractères différentiels légitimes et suffisants.

« Certes nous pouvons dire que ces faits se distinguent des autres éruptions polymorphes vésiculeuses et bulleuses par l'intensité des phénomènes douloureux (prurit, cuisson, brûlures) qu'ils présentent, par le polymorphisme très accentué des accidents cutanés qui évoluent par petites poussées successives, lesquelles ont même parfois des aspects différents, enfin, par la conservation du bon état général. Ce tableau d'ensemble qui élimine un certain nombre d'érythèmes polymorphes franchement infectieux ou pathogénétiques, paraît au premier abord satisfaisant ; mais on ne tarde pas à remarquer que ces divers points de

(1) Ceci est une erreur : nous venons de voir et de prouver que les dermatologistes allemands n'ont jamais étendu à tort le sens de l'érythème polymorphe : les dermatologistes Français sont seuls responsables de cette interprétation.

(2) En admettant le sens donné de 1880 à 1884 par les dermatologistes français au mot érythème polymorphe bulleux : l'école de Saint-Louis a à cette époque désigné sous ce nom précisément les faits dont nous parlons.

(3) C'est possible ! mais en tous cas la question est de savoir s'il est légitime de ranger ces faits dans l'érythème polymorphe tel que l'a conçu F. Hebra, et nous venons de voir plus haut qu'on ne peut le faire qu'en faussant le cadre créé par le dermatologiste viennois.

repère ne sont pas suffisamment précis, et que les groupes morbides qu'ils servent à établir ont un air artificiel.

« Il est, par exemple, bien difficile de préciser, dans la plupart des faits déjà publiés, l'importance et la valeur des phénomènes douloureux de prurit ou de cuisson éprouvés par le malade. Certains cas dans lesquels ces symptômes subjectifs sont à peine marqués doivent-ils être, oui ou non, admis dans notre groupe (1) ? Et dans l'une ou l'autre hypothèse, où est la limite qui les sépare des autres faits à éruptions polymorphes vésiculo-bulleuses ?

« L'intégrité du bon état général doit-elle être admise comme absolue ? N'y a-t-il pas des cas à éruptions purement érythémateuse et prurigineuse qui doivent y être rangés ? Et, certes, à cette dernière question, nous répondrons par l'affirmative, car nous connaissons des faits de dermatite polymorphe prurigineuse chronique qui débutent par des poussées de prurit seul ou accompagné de quelques éléments érythémateux sans soulèvement épidermique vésiculeux, bulleux ou pustuleux.

« Tous ces points demandent des recherches nouvelles pour être élucidés. Il est probable qu'ils ne seront complètement résolus que lorsqu'on connaîtra l'étiologie et la nature réelle des affections en litige. En tous cas j'estime que l'on doit désormais reprendre l'étude de toutes ces observations en analysant de beaucoup plus près les divers symptômes, les commémoratifs, les antécédents personnels et héréditaires, en s'efforçant par la chimie biologique, par les examens histologiques et microbiologiques, de pénétrer les secrets de leur pathogénie. Loin d'être faite, l'histoire des érythèmes polymorphes n'est guère qu'ébauchée (2). »

Abordant la question du diagnostic différentiel nous nous exprimions en ces termes : « Nous dégageons et mettons en relief tout un groupe de faits caractérisés par une éruption polymorphe d'aspect, érythémateuse, vésiculeuse, bulleuse, pustuleuse, par des phénomènes subjectifs constants de démangeaison, de cuisson, de brûlure, par une conservation du bon état général : or nous ne voyons pas que ces caractères soient toujours ceux de l'érythème polymorphe tel qu'il a été primitivement décrit par Hebra (3).....

« Le type dermatite polymorphe prurigineuse chronique est nette-

(1) Ce passage prouve que dès 1888 nous connaissions les faits sur lesquels on a voulu s'appuyer depuis lors pour contester l'importance des phénomènes douloureux dans la dermatite polymorphe douloureuse.

(2) Voici 23 ans que j'ai écrit ce qui précède et je pourrais l'écrire encore à l'heure actuelle. Dans toute cette grande question des dermatites polymorphes nous n'avons pas fait un pas en avant depuis que nous l'avons posée.

(3) Il nous est pénible de voir qu'étant déjà à cette époque si près de la vérité, nous n'ayons pas su la voir tout entière, et nous dégager de l'influence de nos maîtres d'alors.

ment défini par ses symptômes, par les phénomènes douloureux qui l'accompagnent constamment, et surtout par son évolution. En est-il réellement de même des dermatites polymorphes prurigineuses aiguës ? Il faut bien reconnaître qu'en dehors des phénomènes douloureux qu'elles présentent et du polymorphisme peut-être plus accentué des poussées éruptives successives qui les constituent, elles sont identiques à d'autres dermatoses que nous laissons encore confondues dans le groupe de l'érythème polymorphe et que caractérisent des éruptions semblables, une évolution analogue, une obscurité étiologique tout aussi grande. Les phénomènes douloureux suffisent-ils à eux seuls à établir une distinction marquée entre ces deux groupes de faits ? Telle est la question.

« Certes si l'on considère leur importance dans les dermatites polymorphes prurigineuses chroniques, et dans la plupart des faits de passage qui relient ce type aux affections aiguës que nous étudions, on est tenté de répondre par l'affirmative.

« Malheureusement, quand on passe à l'examen minutieux des faits, on ne tarde pas à voir qu'il est beaucoup de cas dans lesquels les symptômes prurigineux sont peu accentués, ou même manquent pendant une partie de l'évolution de la maladie soit au début, soit à la fin. Que faire de ces éruptions qui établissent les liens les plus étroits entre les dermatites polymorphes prurigineuses aiguës et les érythèmes polymorphes non prurigineux ? »

En somme, dès 1888, nous avions compris tout ce qu'il y avait d'artificiel à distinguer dans l'érythème polymorphe bulleux des auteurs français une forme morbide bien définie qui aurait été la forme aiguë de ce que nous appelions à cette époque la dermatite polymorphe prurigineuse chronique à poussées successives, et que nous avons appelée presque tout de suite dermatite polymorphe douloureuse chronique à poussées successives pour bien montrer que les phénomènes subjectifs ne sont pas toujours du prurit.

Mais, respectueux de nos maîtres, nous défiant un peu trop de nos conceptions, nous n'avons pas osé à cette époque rayer purement et simplement cet érythème polymorphe vésiculo-bulleux du cadre nosographique et annexer complètement les faits que l'on décrivait sous ce nom à nos dermatites polymorphes aiguës et subaiguës : et en cela nous avons eu grand tort.

E. Besnier était encore plus embarrassé que nous ainsi que le prouvent ses notes de la deuxième édition française des leçons de Kaposi. Il y émet nettement la conception de l'érythème multiforme bulleux telle qu'il l'avait déjà fait exposer par ses élèves (1), et il en

(1) E. Besnier et A. Doyon, Traduction française des leçons de Kaposi, 2e édition, t. I, 1891, p. 360, note 2.

résulte que, lorsqu'il traite la question du pemphigus, des dermatites herpétiformes et des dermatites polymorphes douloureuses, il est extrêmement perplexe (1). Il déclare qu'il lui avait paru légitime de séparer du pemphigus toutes les affections bulleuses aiguës, subaiguës, ou même plus prolongées, bénignes, qui ne rentraient pas dans le type de la maladie, grave au plus haut degré, auquel doit être réservé, d'après lui, le terme de pemphigus, et d'annexer ces faits aux érythèmes, « dépassant en cela les limites de la conception de Hebra ». Ce sont pour lui des formes atypiques d'érythème multiforme en raison du peu d'intensité du processus érythémateux, comparé au nombre et au volume des soulèvements bulleux que l'on voit se développer indifféremment sur des parties hyperémiées ou non : elles peuvent en outre être prolongées, car elles peuvent durer plusieurs mois, et s'accompagner de phénomènes intenses de prurit, de cuisson, etc... Elles semblent donc, dit E. Besnier, dépasser ce qui appartient conventionnellement à l'érythème multiforme, mais il ne croit pas « que ces raisons soient suffisantes pour les rejeter de ce groupe dont elles sont en tous cas infiniment plus voisines que de ce que nous considérions comme le pemphigus vrai ».

Aussi est-il obligé de déclarer (2) que la limite exacte entre ces diverses formes et les cas aigus ou légers de la maladie de Duhring reste indécise. Cette question se complique en outre pour lui de ce fait que chez certains sujets constitutionnellement ou accidentellement prédisposés, on voit se développer des éruptions ortiées bulleuses, érythémato-bulleuses, prurigineuses ou non, localisées ou généralisées, sous l'action de certaines substances médicamenteuses ou toxiques ; il est, ajoute-t-il, souvent impossible de distinguer de telles dermatoses des formes aiguës récentes, initiales, de la maladie de Duhring.

Nous ne saurions vraiment trop engager nos lecteurs à étudier avec soin les pages que le maitre français a écrites sur toute cette question. Il est facile d'y percevoir, sous le verbe magnifique dont il enveloppe sa pensée, toute son incertitude, tout son trouble en présence du problème dont il découvre les multiples difficultés et qu'il n'essaie pas de résoudre. Il lui fallait en effet ou bien sacrifier sa conception de l'érythème polymorphe bulleux, ou bien détruire les conceptions nouvelles des dermatites polymorphes douloureuses. Il n'a pu se résigner ni à l'une ni à l'autre de ces alternatives, et il en est résulté qu'il a classé les mêmes faits dans deux groupes morbides qu'il décrit comme étant différents l'un de l'autre.

Il lui était d'autant plus difficile d'arriver à une solution claire de cette question qu'il considérait la maladie de Duhring et nos dermatites

(1) *Eod. loc.*, p. 825 et suivantes.
(2) *Eod. loc.*, p. 849.

polymorphes douloureuses comme constituant des entités morbides vraies, étiologiquement distinctes des éruptions érythémato-bulleuses provoquées par des intoxications accidentelles, et qu'il appelait hydrotoxidermies. Au fond il y avait dans cette conception une grande part de vérité et l'on ne peut mettre sur le même plan une éruption bulleuse accidentelle provoquée par l'ingestion de l'antipyrine, qui disparaît en quelques jours après la suppression du médicament, et une éruption typique de dermatite polymorphe bulleuse chronique. Mais l'ingestion accidentelle d'un médicament peut être la cause occasionnelle provocatrice d'une véritable dermatite polymorphe à poussées successives chez un sujet prédisposé, et dans ce cas l'ingestion médicamenteuse joue chez ce malade le même rôle que jouent dans la genèse de certains eczémas les contacts irritants qui provoquent tout d'abord des éruptions artificielles de cause externe, mais qui, lorsqu'ils agissent chez des sujets eczémateux, déterminent ainsi l'apparition aux régions traumatisées d'eczémas véritables lesquels se superposent à l'éruption artificielle et évoluent dès lors pour leur propre compte.

Quoi qu'il en soit, en plaçant la question des hydrodermies sur le terrain étiologique, E. Besnier ne pouvait aboutir : envisagé à ce point de vue, ce difficile problème ne pourra en effet avoir de solution que lorsque l'on connaîtra exactement l'étiologie et la pathogénie réelles de toutes ces éruptions, et, à l'heure actuelle, vingt ans après les travaux de cet auteur, nous sommes encore loin de ce but si désiré.

Quand à nous, dans notre travail de 1898 (1), et dans notre traité de 1907 (2) nous avons affirmé de plus en plus nettement l'existence des formes aiguës et subaiguës des dermatites polymorphes douloureuses. « Si l'on établit, comme nous l'avons fait, qu'il y a dans le capu mortuum qu'est l'érythème polymorphe (3) un certain nombre de cas qui offrent tous les grands caractères de la dermatite polymorphe douloureuse chronique, sauf son évolution, n'est-il pas logique de les rattacher à cette affection, et d'en faire la forme aiguë de ce type morbide ? Car enfin pour quel motif déclare-t-on que cette dermatose ne peut jamais avoir qu'une évolution chronique caractérisée par des poussées successives ? De quel droit décrète-t-on cette chronicité forcée, alors que l'observation clinique démontre qu'il existe des faits en tout semblables aux faits chroniques, mais qui n'en diffèrent que par leur courte durée ? etc... » (4).

(1) Note sur les dermatites polymorphes douloureuses. *Annales de Dermatologie et de Syph.*, p. 870, 1898.
(2) *Traité élémentaire de dermatologie pratique*, t. II, p. 168.
(3) Bien entendu il s'agit de l'érythème polymorphe tel que l'avait fait l'école française, et non de celui de F. Hebra.
(4) Voir *loc. cit.*, *Annales de Dermat.*, 1898.

Mais, comme nous n'osions pas encore ni en 1898, ni en 1907, rayer du cadre nosographique l'érythème polymorphe bulleux des auteurs français, nous ne pouvions tracer un diagnostic différentiel acceptable entre ces dermatites polymorphes douloureuses aiguës et cet érythème polymorphe (1).

IV. — La question de l'importance des phénomènes douloureux dans la conception des dermatites polymorphes douloureuses.

Quand, en nous inspirant des travaux de Duhring et en les modifiant d'après nos recherches personnelles, nous avons créé en 1888 le type morbide des dermatites polymorphes prurigineuses, qu'en 1889 nous avons définitivement appelées dermatites polymorphes douloureuses, nous avons attaché une importance capitale aux phénomènes douloureux qui précèdent et qui accompagnent les éruptions. Cette partie de notre conception a été tout de suite fortement critiquée. On a fait remarquer avec juste raison que nombre de cas présentant par ailleurs tous les autres caractères de nos dermatites polymorphes douloureuses ne s'accompagnent que de peu ou point de phénomènes douloureux, et surtout que dans certains cas on observe tout d'abord une dermatite polymorphe non douloureuse, puis au bout d'un certain temps les phénomènes éruptifs s'accompagnent de phénomènes douloureux : la dermatite polymorphe non douloureuse est devenue, chez le même sujet, une dermatite polymorphe douloureuse. Ces faits sont rigoureusement exacts. Nous les connaissions d'ailleurs quand nous avons constitué notre type morbide ; nous les avons signalés en divers points de notre travail de 1888. Nous les avons discutés dans notre mémoire critique de 1898. Mais nous avons considéré à ces deux époques que l'existence des phénomènes douloureux était indispensable pour que l'on pût porter le diagnostic de dermatite polymorphe douloureuse.

« Les phénomènes douloureux éprouvés par le malade ont, à mon sens, une *importance capitale* dans la dermatite polymorphe douloureuse chronique. *Ils sont constants*; et je les considère comme un des quatre grands caractères pathognomoniques de cette dermatose » (2).

« Malgré la netteté avec laquelle nous proclamions à cette époque (1888) notre opinion au sujet de l'importance de ces phénomènes, nous déclarons qu'à l'heure actuelle (1898) nous en avons une idée encore plus haute. Avec notre excellent maître, M. le Dr E. Besnier, nous considérons qu'ils constituent « un élément morbide capital, véri- « tablement solennel, qui n'est pas attaché simplement à l'éruption,

(1) Voir notre Traité de 1907, *loc. cit.*
(2) *Annales de Dermat. et de Syph.*, 1887, p. 86.

« mais qui peut la précéder ou lui survivre. » Ces idées, nous les avons mises en relief de la manière la plus frappante dans notre communication au Congrès de Vienne en 1892 sur les dermatoses prurigineuses. Aujourd'hui (1), nous y insistons de nouveau et avec la dernière énergie. Nous ne saurions trop le répéter : les phénomènes douloureux dominent pour nous l'histoire des dermatoses que nous groupons sous le titre d'ailleurs fort suggestif de dermatites polymorphes douloureuses. Ils constituent un symptôme primordial au même titre que le polymorphisme, avant même le polymorphisme, dirions-nous, si ce polymorphisme, comme nous allons le voir, n'intervenait pas pour fixer le type objectif suivant lequel la peau réagit chez ces sujets. »

Mais à force de songer à ces affections, à force d'en observer, nos idées premières se sont peu à peu modifiées, et *tout d'abord nous avons fini par comprendre, chose d'une importance capitale, que nous avions commis une erreur fondamentale en parlant dans nos premiers travaux de ces dermatites polymorphes douloureuses comme constituant de véritables entités morbides.* Nous avions commencé à nous en apercevoir dès 1898, car, à cette date, nous écrivions ce qui suit : « Avons-nous la prétention de faire de nos dermatites polymorphes douloureuses des entités morbides bien définies? Nous déclarons franchement notre ignorance absolue à cet égard : il est possible qu'on le démontre un jour par la découverte d'un microbe quelconque ou d'une toxine pathogène spéciale ; pour le moment nous sommes plus modestes : nous nous contentons de formuler un syndrome clinique mieux établi, ayant un air de famille plus précis que ceux qui existaient auparavant ; et d'ailleurs nos idées se sont bien modifiées depuis notre mémoire de 1888.

« Il est possible que de pareilles éruptions se développent sous des influences occasionnelles diverses, en particulier que l'ingestion de certains médicaments ou de certains aliments les provoque chez des personnes prédisposées ; d'après quelques auteurs, elles seraient dues à la présence de toxines dans l'économie ; d'après d'autres elles seraient causées par des microbes ; d'après d'autres enfin, par des chocs subis par le système nerveux ; et il est certain que ce serait surtout cette dernière opinion qui semblerait être la plus plausible, si l'on s'en rapportait à l'analyse pure et simple des observations.

« Nous craignons pour notre part que toutes ces pathogénies soient possibles ; et, tout en croyant que le rôle joué par le système nerveux est des plus importants dans ces dermatoses, nous sommes assez tentés de considérer ces éruptions si variables, si protéiformes, comme des modes divers de réaction des téguments sous l'influence des causes morbides que nous avons énumérées, peut-être même sous l'influence

(1) *Annales de Dermat. et de Syph.*, 1898, p. 873.

d'autres agents morbigènes que nous ne connaissons pas ; d'après cette théorie, les téguments réagiraient de manières variables suivant les prédispositions individuelles permanentes et passagères des sujets.

« Cette conception est discutable, nous en convenons, n'est nullement démontrée, nous nous empressons de le reconnaître, n'est qu'une hypothèse, nous le proclamons ; mais elle est simple, séduisante, se moule sur les fait connus, et permet d'attendre les résultats des recherches vraiment scientifiques que l'on poursuit depuis quelques années.

« Elle se relie d'ailleurs à notre conception générale des dermatoses prurigineuses qui semblent ne pas dépendre directement d'une cause parasitaire externe.

« L'intensité des poussées éruptives, leur durée, dépendraient d'après cela de la gravité des modifications imprimées au système nerveux par les chocs subis, ou par les toxines introduites dans l'économie ; elles dépendraient de la quantité de ces toxines, de leur nocivité, de leur nature qui pourrait peut-être gouverner dans une certaine mesure la forme de l'éruption; cette forme éruptive dépendrait aussi et surtout de l'idiosyncrasie du sujet, idiosyncrasie qui peut être constamment la même, ou varier suivant les conditions extrêmement complexes qui président à ce que l'on appelle la constitution du malade.

« Hypothèses encore une fois que tout cela, et pures hypothèses que nous rougissons presque de formuler, mais qui nous paraissent toutefois nécessaires pour permettre de saisir toute notre pensée sur la véritable valeur de ce groupe morbide, qui permettent surtout de comprendre la réelle signification de nos faits de passage » (1).

On voit donc que, nous dégageant peu à peu des influences qui avaient présidé à notre éducation médicale, nous en sommes arrivés à considérer notre groupe des dermatites polymorphes douloureuses comme un vaste syndrome, et dans la constitution de ce syndrome nous avons toujours fait jouer aux phénomènes douloureux un rôle des plus importants, tout en sachant qu'on peut observer des faits fort voisins comme aspect objectif du syndrome créé par nous et dans lesquels les phénomènes douloureux n'existent pas ou tout au moins sont fort peu marqués.

Mais cette conception, que nous n'avons commencé à formuler qu'en 1898, n'est pas admise par les auteurs qui s'occupent de la même question et qui d'ailleurs ne parlent pas de dermatite polymorphe douloureuse, mais de dermatite herpétiforme (2). Pour eux la dermatite

(1) Mémoire de 1898, *loc. cit.*, voir en outre notre *Traité élémentaire de dermat. pratique,* 1907, t. II, p. 186, 187 et passim.

(2) Voir, pour ce point spécial que nous ne pouvous exposer ici en détail, car nous l'avons déjà fait dans nos travaux antérieurs, notre article de 1898 : *Annales de Dermat. et de Syphil.*, p. 946 et suivantes.

herpétiforme est une entité morbide bien définie dégagée par L.-A. Duhring de l'ancien groupe pemphigus, et comme pour eux l'herpétiformité en est le caractère essentiel, les cas assez nombreux, surtout chez les enfants, où l'éruption est herpétiforme quoique non douloureuse, rentrent quand même dans cette entité morbide, de telle sorte qu'ils en arrivent à dire que les phénomènes douloureux n'ont dans la dermatite herpétiforme que peu ou point d'importance.

Et tout d'abord, mettons bien en relief ce premier point : c'est qu'il est incontestable que dans un certain nombre de cas des éruptions analogues comme aspect à celles des dermatites herpétiformes, à celles des dermatites polymorphes douloureuses, évoluent sans s'accompagner de phénomènes douloureux notables. Ces faits sont connus depuis longtemps, nous les avions déjà signalés dans notre travail de 1888. Ils ont été surtout relevés en Angleterre et en Amérique, et on y a fait remarquer qu'ils s'observent chez les enfants beaucoup plus souvent que chez les adultes.

Bowen (1) a noté que le prurit n'existe pour ainsi dire pas dans près de la moitié des cas de dermatite herpétiforme qui se déclarent chez des sujets âgés de moins de 15 ans. En France on les a aussi étudiés, rappelons ici les travaux de P. Meynet et M. Péhu (2), de J. Hallé (3), de Hallopeau et Aine (4). Nous même, tout récemment (5), nous en avons publié un cas typique recueilli dans notre service par M. le Dr Fernet.

Mais, quoi qu'ils soient beaucoup plus fréquents chez les enfants, ces cas peuvent s'observer aussi chez les adultes, et nous venons d'en étudier longuement un exemple absolument typique dans notre service de l'Hôpital Saint-Louis chez une jeune fille d'une vingtaine d'années.

Chez cette malade le début de l'affection s'est fait d'une manière tout à fait insidieuse. Sans la moindre douleur, sans le moindre prurit, elle a vu survenir sur les membres inférieurs, surtout sur les cuisses, sur les bras, un peu sur le tronc, des taches érythémateuses pour la plupart circinées, à centre pâle, à bordures assez nettement limitées, d'un rouge assez vif, disparaissant totalement par la pression. En certains endroits sur ces taches érythémateuses se voyaient des soulèvements bulleux de la grosseur moyenne d'un tout petit pois : les uns étaient minuscules ; d'autres atteignaient (mais ils le firent surtout dans les poussées ultérieures) le volume d'une noisette. En outre

(1) Dermatite herpétiforme chez les enfants. *Journal of Cut. dis.*, sept. 1905, p. 381.

(2) *Annales de Dermat. et de Syph.*, déc. 1903, p. 893.

(3) *Archives de médecine des enfants,* juillet 1904.

(4) *Soc. Fr. de Dermat. et de Syph.*, 7 déc. 1907.

(5) Note sur les dermatites polymorphes érythémato-vésiculo-bulleuses non douloureuses (Unna, *Festschrift.* Band I. 1910).

ces bulles se formaient d'emblée sur la peau objectivement saine, non érythémateuse, et étaient disséminées çà et là sans ordre aucun sur la figure, le cou, les quatre membres, le haut du tronc. Aucun malaise ne faisait prévoir la venue des plaques érythémateuses et des bulles; elles se produisaient sans aucun phénomène prémonitoire, sauf parfois une réaction fébrile moyenne entre 38° et 39°. Ces poussées évoluaient par périodes d'une manière subintrante : elles semblaient s'exagérer un peu avant les règles. Nous avons observé de courtes périodes de calme complet, divisant l'évolution de l'affection en poussées principales lesquelles étaient composées de plusieurs poussées secondaires. Toutes les médications internes et externes furent essayées. Ce qui parut le mieux agir sur les éruptions ce fut la quinine associée à l'ergotine à l'intérieur. En somme tous les caractères constitutifs de la dermatite polymorphe douloureuse chronique à poussées successives existaient chez cette malade, sauf les phénomènes douloureux.

Mais nous avons vu mieux encore, et d'autres auteurs l'ont également constaté : parfois l'éruption se produit tout d'abord sans aucun phénomène douloureux, puis peu à peu les phénomènes douloureux font leur apparition ; d'abord modérés, ils prennent progressivement une intensité tout à fait analogue à celle de nos cas typiques : cette évolution des troubles morbides s'observe surtout chez les enfants.

Voici donc le problème posé dans toute sa difficulté : et au premier abord on est vraiment tenté de penser que les phénomènes douloureux ne doivent pas avoir une bien grande importance dans la série de faits que nous étudions puisque chez le même sujet ils peuvent d'abord manquer, puis apparaître.

Rappelons enfin que rien ne permet de distinguer ces faits des érythèmes polymorphes bulleux tels qu'ils ont été décrits par E. Besnier et par ses élèves.

Il est absolument nécessaire de reprendre ces questions, de les discuter, de conserver aux faits cliniques leur véritable valeur, leur vraie place dans le cadre nosographique et de donner une conception générale du groupe qui ne blesse pas le bon sens.

DEUXIÈME PARTIE

Discussion des faits.

I. — Résumé des faits.

De ce qui précède il résulte :

1. Que nous ne connaissons pas d'entité morbide bien définie au point de vue étiologique et pathogénique répondant aux types objectifs dits

dermatites polymorphes douloureuses aiguës, subaiguës ou chroniques, ou dermatites herpétiformes.

2. Qu'il semble cependant qu'il existe un type morbide assez net caractérisé.

a) Objectivement par du polymorphisme soit pendant une même poussée, soit si l'on considère plusieurs poussées successives [chaque poussée étant parfois presque monomorphe (ce qui est assez rare d'ailleurs), mais le type éruptif n'étant pas le même à toutes les poussées]; presque toujours simultanément on observe de l'érythème, des papules, de l'urticaire, des vésicules, des bulles parfois même des pustules;

b) Subjectivement par des *phénomènes douloureux de diverse nature*, mais parmi lesquels domine un prurit atroce, à exacerbations insupportables au moment où doivent se faire les poussées;

c) Évolutivement par *une fort longue durée* et par des *poussées successives subintrantes*, formant des séries de poussées principales que séparent des périodes de calme complet ou presque complet : c'est ce type, dont la physionomie clinique est vraiment assez nette et donne l'impression de constituer une entité morbide, que nous avons désigné sous le nom de *dermatite polymorphe douloureuse chronique à poussées successives* ; il comprend une certaine quantité des faits décrits par Duhring sous le nom de *dermatite herpétiforme*, et qui sont caractérisés au point de vue objectif par des éruptions herpétiformes d'aspect, l'herpétiformité ayant soit les allures de l'herpès circiné parasitaire, soit celles de l'herpès fébrile ;

3. Qu'il semble qu'il existe un autre type morbide encore plus net, parce qu'il paraît être dominé par des conditions étiologiques et pathogéniques évidentes, du moins au premier abord, c'est l'*herpès gestationis de Milton,* ou *hydroa gestationis* de Liveing, ou *notre dermatite polymorphe douloureuse récidivante de la grossesse* ;

4. Mais qu'il existe en outre une masse énorme de faits présentant des caractères moins nets soit au point de vue polymorphisme, soit au point de vue phénomènes subjectifs, soit au point de vue chronicité et récidives que les types précédents, et que l'on a tantôt rattachés au pemphigus, tantôt à l'érythème polymorphe vésiculo-bulleux, tantôt à la dermatite herpétiforme, tantôt aux dermatites polymorphes douloureuses : comment classifier et étiqueter cette masse confuse qui est constituée en somme par des séries ininterrompues de faits de passage reliant entre eux tous les types objectifs connus décrits sous les noms d'urticaire, d'érythèmes vrais, d'érythèmes vésiculo-bulleux, de pemphigus, etc... et rentrant provisoirement au point vue étiologique et pathogénique dans ce que nous avons désigné sous le nom de réactions cutanées ?

Et tout d'abord une première question fondamentale se pose, ques-

tion pour laquelle surtout nous écrivons tout cet article : Comment faut-il comprendre désormais l'érythème polymorphe ? Doit-on en revenir à la conception de F. Hebra, doit-on adopter celle d'E. Besnier et de ses élèves et conserver un érythème polymorphe vésiculo-bulleux rattachable aux érythèmes multiformes typiques et distinct des dermatites polymorphes ?

II. — Faut-il conserver dans le cadre nosographique l'érythème polymorphe vésiculo-bulleux tel qu'il a été décrit par l'école française.

Est-il vraiment possible de décrire un érythème polymorphe vésiculo-bulleux distinct des dermatites polymorphes telles que nous les avons conçues en 1888, telles que les travaux ultérieurs les ont faites en démontrant que les formes non prurigineuses se relient insensiblement aux formes prurigineuses par des faits de passage incontestables, le même malade pouvant débuter par une éruption polymorphe non douloureuse, pour aboutir peu à peu à une éruption polymorphe douloureuse ?

Il faut bien reconnaître que c'est pratiquement impossible.

Rien ne distingue l'érythème polymorphe vésiculo-bulleux d'E. Besnier et de M. le Dr de Molènes-Mahon des variétés non douloureuses ou peu douloureuses des dermatites polymorphes. Quels caractères distinctifs avions-nous reconnus en 1888 entre ces deux affections ? « Les dermatites polymorphes douloureuses aiguës, disions-nous (1), ont des phénomènes douloureux accusés et peut-être ont-elles au point de vue éruptif un polymorphisme plus accentué. » Cela ne supporte pas un seul instant l'examen. Nous venons de voir que les phénomènes douloureux peuvent manquer par périodes, par périodes exister, et quant au polymorphisme éruptif nous savons qu'il peut être réduit à sa plus simple expression dans nombre de cas.

Il faut donc le proclamer hautement, rien, absolument rien ne permet de distinguer au point de vue objectif, subjectif, et évolutif les érythèmes polymorphes vésiculo-bulleux d'E. Besnier et de M. le Dr de Molènes-Mahon de nos dermatites polymorphes. Et nous ne voyons vraiment pas quel avantage il y aurait à donner le nom d'érythème polymorphe vésiculo-bulleux aux formes peu ou point douloureuses de ces dermatites polymorphes.

Il nons paraît bien plus logique de reprendre à propos de l'érythème polymorphe la conception primitive de F. Hebra, conception que la plupart des auteurs étrangers ont d'ailleurs soigneusement conservée et sauvegardée.

(1) *Loc. cit.*

On pourrait faire cependant une objection qui au premier abord paraît importante, et que voici. Dans nos dermatites polymorphes il n'y a pas que des formes humides ou bulleuses, il y a aussi des formes sèches ou presque sèches, érythémateuses, urticariennes, papuleuses, parfois un peu vésiculeuses. Si l'on supprime du cadre nosographique ce que l'on a décrit comme étant des formes bulleuses de l'érythème polymorphe pour les faire rentrer dans les dermatites polymorphes, ne devra-t-on pas aussi logiquement faire rentrer les formes sèches de l'érythème polymorphe dans les formes sèches des dermatites polymorphes, ou vice-versa? Dès lors le groupe entier de l'érythème polymorphe disparaîtrait, absorbé, au grand dommage de la précision descriptive, dans l'énorme groupe déjà si confus des dermatites polymorphes.

Cette objection est purement spécieuse : elle ne résiste pas à l'examen un peu approfondi des faits cliniques.

L'érythème polymorphe, variété érythème multiforme, tel que l'a créé F. Hebra est nettement différencié au point de vue objectif : ses localisations, comme l'a excellement établi le maître viennois, sont pathognomoniques ; il siège aux mains, aux poignets, aux coudes, aux genoux, parfois à la face et à la bouche. Dans les formes purement érythémateuses, il est constitué par des éléments assez bien circonscrits, plus ou moins étendus, d'un rouge vif, plus ou moins saillants suivant les cas. La variété à laquelle on a donné le nom d'herpès iris de Bateman ou d'hydroa vésiculeux de Bazin est également parfaitement bien caractérisée par sa lésion élémentaire. Nous renvoyons pour ces détails aux ouvrages classiques : ils sont trop connus des dermatologistes pour que nous y insistions.

Ces formes éruptives n'ont rien de commun avec les formes sèches des dermatites polymorphes.

Dans les dermatites polymorphes les éruptions n'ont pas les localisations si tranchées des érythèmes multiformes : elles sont disséminées çà et là sans aucune systématisation sur les quatre membres, assez souvent sur le tronc et sur la face. Ce premier point est d'une importance capitale, et nous ne saurions trop approuver les dermatologistes viennois d'y avoir insisté. En outre, dans la majorité des cas, les formes érythémateuses des dermatites polymorphes sont éminemment prurigineuses, et toutes les fois qu'on observe chez un sujet une éruption urticarienne, érythémateuse, figurée ou non figurée, disséminée çà et là sur les téguments, sans systématisation, et fortement prurigineuse on doit penser aux dermatites polymorphes. Enfin et surtout les éruptions des dermatites polymorphes ne sont pas du tout analogues à celles des érythèmes multiformes. Nous n'insisterons pas à propos de l'herpès iris de Bateman dont la lésion élémentaire est absolument pathognomonique de ce type éruptif, mais nous ferons remarquer que les formes sèches des dermatites polymorphes douloureuses revêtent

les aspects suivants : ou de l'urticaire ordinaire, ou de l'urticaire bulleuse, ou des papules érythémateuses mal définies dans leurs contours, plus ou moins excoriées, ou des circinations assez bien limitées par une fine bordure rouge, légèrement saillante, au niveau de laquelle se voient souvent de petites vésicules, le tout rappelant certains herpès circinés trichophytiques, ou de petites plaques érythémateuses peu ou point saillantes au niveau desquelles l'épiderme a de la tendance à se soulever pour former des soupçons de bulles ; parfois les premières poussées de l'affection simulent l'eczéma vésiculeux et surtout l'eczéma papulo-vésiculeux : tout cela ne rappelle guère les éruptions de l'érythème multiforme type F. Hebra.

Il n'y a donc pas à tenter pour le groupe tel qu'il a été conçu et délimité par l'école de Vienne une réforme analogue à celle que nous réclamons pour ce que l'on a décrit en France sous le nom d'érythème polymorphe vésiculo-bulleux.

Nous pensons que cette dernière dénomination et que ce groupement doivent disparaître complètement du cadre nosographique : ils l'encombrent depuis trop longtemps sans la moindre utilité, et entraînent les dermatologistes français à des discussions stériles sur des distinctions illusoires.

III. — Conception des éruptions bulleuses et polymorphes.

Comment dès lors pouvons-nous concevoir les affections purement bulleuses d'une part, d'autre part ce groupe énorme de faits que nous sommes obligés de désigner sous le vocable peu précis de dermatites polymorphes ?

Voyons tout d'abord quels sont les types morbides assez nets que l'on a déjà dégagés de l'ancien caput mortuum auquel on avait donné le nom de pemphigus (1).

Nous laisserons de côté tous les faits dans lesquels la bulle n'est qu'un épiphénomène, qu'un simple incident dans l'évolution d'une maladie bien définie par d'autres symptômes, comme les éruptions bulleuses de certains troubles trophiques, de la syringomyélie, de la lèpre, du lichen planus, etc... Personne en effet ne songe à l'heure actuelle à les discuter.

Si nous envisageons les faits dans lesquels l'éruption bulleuse est le symptôme capital ou tout au moins l'un des symptômes capitaux de l'affection, nous voyons que nous pouvons avec la majorité des dermatologistes distinguer un certain nombre de types morbides assez nets.

(1) Voir notre *Traité élémentaire* de *Dermatologie Pratique*, t. I, p. 325.

A. — *Affections bulleuses proprement dites.*

1. *L'épidermolyse bulleuse héréditaire,* affection tout à fait spéciale, qui doit être rattachée aux malformations congénitales.

2. *Le pemphigus successif à kystes épidermiques* qui constitue un type morbide voisin du précédent.

3. Peut-être des formes morbides mal définies auxquelles on a donné le nom de *pemphigus virginum,* de *pemphigus hystérique,* et pour la discussion desquelles nous renvoyons aux mémoires originaux, car leur existence est fort contestée.

4. Ce qu'on appelle le *pemphigus épidémique des nouveau-nés,* affection épidémique et contagieuse qui peut être considérée comme une sorte d'impetigo contagiosa.

5. Ce qu'on a appelé le *pemphigus épidémique de l'adulte* et qui n'est très probablement qu'une affection analogue à la précédente.

6. Il faut y rattacher des éruptions bulleuses sporadiques, mais inoculables et autoinoculables, qui ont d'étroites relations avec les streptococcies et les staphylococcies cutanées, et qui se caractérisent par des bulles flasques, aplaties, rapidement purulentes, extensives, parfois même serpigineuses, survenant dans certains états graves, et d'un pronostic fort sérieux : ces faits sont confondus à tort avec les dermatites polymorphes ou avec les dermatites herpétiformes : nous les appelons provisoirement des *pemphigus serpigineux.*

7. Le *pemphigus aigu fébrile grave* qui semble être une affection de nature infectieuse, provoquée par des inoculations de produits toxiques, nettement définie par son origine, ses allures, son évolution.

8. Le *pemphigus vegetans* de Neumann qui semble lui aussi dans ses formes typiques être une maladie spéciale, probablement infectieuse et microbienne.

9. Une autre affection, presque analogue d'allures à la précédente, que l'on pourrait appeler provisoirement *pemphigus gangréneux,* qui, elle aussi, est très probablement de nature infectieuse, peut-être microbienne, mais dans laquelle on n'a pu encore trouver que des microbes presque banals, staphylocoques, streptocoques, bacille pyocyanique, et que caractérisent : *a*) le début par un soulèvement de l'épiderme en masse par de la sérosité transparente ; *b*) assez rapidement le derme au niveau du centre de la bulle s'escarrifie ; *c*) la lésion s'étend rapidement par les bords ; *d*) l'épiderme se détache en laissant à nu une ulcération sous-jacente, profonde, dont le centre est occupé par une escarre noirâtre ; *e*) les lésions évoluent ainsi avec une rapidité d'extension plus ou moins grande suivant les cas et suivant les éléments chez un même malade ; parfois des éléments éruptifs prennent l'aspect et les allures destructives de ce que nous avons décrit sous le nom de

phagédénisme microbien; *f*) les lésions élémentaires, sous l'influence de pansements divers, ichthyol, baume du Pérou, etc..., sous l'influence surtout des rayons X, cessent de s'étendre, et se cicatrisent avec lenteur; *g*) mais en même temps d'autres lésions naissent et pullulent de plus en plus, de telle sorte que les ulcérations deviennent confluentes; les escarres sont de plus en plus profondes et dégagent une odeur fétide; les cornées peuvent être atteintes et se perforer; enfin le malade succombe aux progrès du mal et à la cachexie.

10. On voit parfois se développer chez certains sujets des éruptions purement constituées par des bulles de volumes variables se formant d'emblée sur la peau saine, évoluant avec une rapidité plus ou moins grande vers la guérison sans laisser après leur rupture ni papillomatose, ni ulcération, ni escarre. Avec E. Besnier nous avons considéré ces faits, qui sont fort rares, comme constituant les *pemphigus vrais*. Les uns évoluent vers la guérison après une durée plus ou moins longue: ce sont les *pemphigus vrais bénins*, subaigus pour la plupart: les autres ont une évolution plus ou moins rapidement fatale: ce sont les *pemphigus vrais chroniques graves*.

11. On a décrit sous le nom de *pemphigus foliacé* d'autres formes éruptives assez mal définies, assez discutables parce qu'elles semblent pouvoir parfois se développer secondairement à d'autres dermatoses, en particulier après le pemphigus chronique vrai et après certaines dermatites polymorphes bulleuses.

B. — *Affections polymorphes, érythémato-vésiculo-bulleuses.*

Reste maintenant à étiqueter et à classifier cette masse énorme de faits qui constituent les érythèmes polymorphes vésiculo-bulleux d'E. Besnier et de ses élèves, les dermatites herpétiformes de Duhring, nos dermatites polymorphes douloureuses aiguës, subaiguës, chroniques récidivantes, l'herpès gestationis, presque tout le pemphigus chronique de l'École de Vienne, etc.... Comment peut-on les grouper en laissant aux faits cliniques leur véritable valeur?

Et tout d'abord répétons bien haut pour ne plus y revenir que nous ne pouvons admettre à leur égard les idées de Kaposi et de ses élèves qui les considèrent comme devant être simplement étiquetés pemphigus: c'est en effet le pemphigus de l'Ecole de Vienne. « Eh bien! nous le demandons à tout homme de bonne foi, quel sens le vulgaire, quel sens les dermatologistes eux-mêmes attachent-ils au mot *pemphigus*? Ce terme n'a-t-il pas été de tout temps, n'est-il pas encore synonyme d'éruption bulleuse? Comment donc veut-on que nous conservions ce nom à des dermatoses qui peuvent évoluer pendant plusieurs mois, et même pendant plusieurs années sans qu'il y ait jamais apparition d'une seule bulle! qui souvent ont des périodes pendant

lesquelles l'éruption n'est caractérisée que par de l'érythème, que par de l'érythème et des vésicules, que par des pustules, et même que par du simple prurit sans accidents cutanés visibles ! Est-ce là une dermatose digne du nom de pemphigus ? et conserver à des éruptions semblables qui n'ont rien du pemphigus une pareille dénomination, n'est-pas provoquer de gaieté de cœur des confusions et des discussions (1) ».

Nous ne pouvons non plus, comme nous l'avons démontré dans notre travail de 1898 (2), donner à l'ensemble de ce groupe le nom de dermatite herpétiforme puisqu'il contient quantité de faits dans lesquels l'herpétiformité n'existe pas.

Il n'y a en réalité que deux seuls caractères qui soient communs à tous les faits dont nous parlons en ce moment : 1. d'une part le *polymorphisme éruptif* qui éclate de la manière la plus évidente en un même moment, quelle que soit la phase de l'éruption à laquelle on assiste, et c'est là la règle : cependant dans quelques cas il arrive que certaines poussées éruptives soient presque monomorphes, mais que la physionomie des diverses poussées éruptives qui se succèdent chez le même sujet soit variable, c'est alors du polymorphisme successif ; 2. d'autre part l'impossibilité totale où l'on se trouve à l'heure actuelle d'assigner à ces éruptions une étiologie constante et précise permettant de les considérer comme constituant des entités morbides bien définies, et c'est à ce titre que, de même d'ailleurs que les érythèmes multiformes type F. Hebra, nous les avons rangées dans nos réactions cutanées.

Nous croyons donc que, provisoirement tout au moins, on doit donner à cet immense groupe le nom général de *dermatites polymorphes*.

D'autre part pour classifier ces faits nous pouvons nous adresser à quatre ordre de criteriums : 1. *l'aspect objectif* : à ce point de vue on peut distinguer tout d'abord des *variétés herpétiformes* correspondant à la dermatite herpétiforme de Duhring, et des *variétés qui ne le sont pas* : il est vrai que chez un même sujet il peut y avoir des poussées herpétiformes et d'autres qui n'ont pas ce caractère : on a aussi distingué (3) des variétés *érythémateuses, érythémato-vésiculeuses* et *érythémato-bulleuses,* des variétés *vésiculeuses,* des *variétés bulleuses* correspondant nettement au pemphigus de l'École de Vienne, des *variétés pustuleuses*, des variétés *végétantes ou papillomateuses* touchant par certains côtés aux pemphigus végétants, des variétés *polymorphes accentuées.*

2. *Les symptômes subjectifs.*— Nous avons vu que lorsque nous avons édifié notre conception des dermatites polymorphes douloureuses nous l'avons établie sur les bases suivantes : 1° une éruption polymorphe

(1) Brocq. *Annales de Dermat. et de Syph.,* 1898, p. 958.
(2) *Eod. loc.* p. 950 et suivantes.
(3) Voir notre travail de 1888.

érythémato-vésiculo-bulleuse, rarement pustuleuse ; 2° des *symptômes subjectifs douloureux, prurits, cuissons, brûlures, élancements, picotements, fourmillements*, etc... En effet, en analysant les nombreux cas typiques qui nous ont servi à créer notre groupe morbide, en étudiant les malades atteints de ces affections que nous avons soignés, nous nous sommes convaincus de l'importance capitale qu'ont chez eux les phénomènes douloureux. Comme nous l'avons rappelé plus haut, ce sont ces symptômes qui inquiètent surtout le patient et son entourage, ce sont eux qui dominent pratiquement la scène morbide. Comment donc admettre avec beaucoup d'auteurs modernes qu'ils n'aient que peu d'importance ?

Nous le répétons donc : notre syndrome dermatites polymorphes douloureuses comprend comme élément constitutif de premier ordre l'existence de phénomènes douloureux : il y a là un type morbide net comme physionomie clinique, et tout cas qui ne présente pas ces phénomènes douloureux ne doit pas rentrer dans ce type, mais il peut être rangé tout à côté de lui (1).

Nous sommes donc conduits à diviser au point de vue symptômes subjectifs les dermatites polymorphes en deux grands groupes : 1. *dermatites polymorphes douloureuses* ; 2. *dermatites polymorphes non douloureuses*. Entre ces deux groupes existent d'assez nombreux faits de passage : comme nous l'avons dit plus haut, une dermatite polymorphe peut d'abord ne s'accompagner d'aucun phénomène douloureux, puis peu à peu les éruptions peuvent être précédées et accompagnées de prurits ou de douleurs variées plus ou moins intenses. Nous verrons plus loin comment il est possible d'expliquer ces faits au premier abord si troublants.

3. *L'évolution* : il y a des faits à évolution relativement rapide, c'est-à-dire ne durant que de 3 à 6 semaines ; ils peuvent ou non récidiver : ce sont nos *dermatites polymorphes aiguës, récidivantes, ou non récidivantes*. Il y a des faits à évolution subaiguë qui se terminent par la guérison au bout de plusieurs mois : il y en a enfin qui durent fort longtemps, pendant des années, évoluant avec une désespérante ténacité par poussées successives : ce sont nos *dermatites polymorphes douloureuses chroniques à poussées successives*.

4. *L'étiologie, ou pour mieux dire les conditions pathogéniques qui semblent présider à l'apparition des phénomènes morbides*. — Ici nous n'avons que fort peu de renseignements précis. Cependant nous savons que certaines de ces éruptions surviennent pendant les grossesses successives de quelques femmes, que certaines autres, d'allures chroniques, existant en dehors de la grossesse cessent pendant la gros-

(1) Voir notre travail déjà cité de 1910 où cette question est longuement discutée.

sesse, que certaines autres se produisent à la suite de l'ingestion de substances nuisibles et en particulier de médicaments, tels que l'iodure de potassium, le salicylate de soude, etc... Faut-il considérer ces derniers faits comme de simples éruptions médicamenteuses? Nous ne le pensons pas, car la dermatose, une fois produite, continue à évoluer malgré la suppression de la substance nocive : on dirait que celle-ci n'a été que la cause provocatrice d'une maladie latente qui ne demandait que l'intervention d'une cause déterminante quelconque pour éclater.

En somme au point de vue étiologique nous ne pouvons encore à l'heure actuelle distinguer qu'un seul groupement assez net ; les dermatites herpétiformes ou les dermatites polymorphes douloureuses de la grossesse c'est-à-dire l'herpès gestationis. Nous savons d'autre part que certaines intoxications accidentelles *provoquent* l'apparition de la dermatose.

Comment pouvons-nous utiliser ces divers éléments pour établir une classification provisoire ?

Il nous semble qu'une première subdivision des dermatites polymorphes s'impose, celle qui tient aux conditions étiologiques, et que l'on doit mettre à part l'*herpès gestationis.*

Nous devons ensuite distinguer *les formes non douloureuses* et *les formes douloureuses.*

Les *formes non douloureuses* sont presque toujours bulleuses.

Les *formes douloureuses* peuvent revêtir pendant un laps de temps plus ou moins long l'aspect du prurit essentiel, de l'urticaire, de l'eczéma papulo-vésiculeux, etc... Qui ne voit l'intérêt de ces faits, et leur importance pour la conception générale de ces dermatoses, pour leur classification dans notre premier groupe des réactions cutanées?

Les formes non douloureuses et douloureuses peuvent présenter ou non de l'*herpétiformité* : on peut donc les subdiviser au point de vue objectif en *herpétiformes* ou *non herpétiformes* : ces dernières peuvent en outre être ou érythémateuses, ou érythémato-vésiculeuses, ou érythémato-vésiculo-bulleuses, ou pustuleuses.

Enfin chacune de ces formes, douloureuses ou non douloureuses, herpétiformes ou non, etc... peut avoir une évolution aiguë, ou subaiguë ou chronique.

D'où le tableau ci-après.

Mais ce tableau, quelque compliqué qu'il soit, ne peut rendre la physionomie véritable de ce groupe en apparence inextricable. Rappelons que chez le même sujet les phénomènes éruptifs, après avoir été absolument indolents, peuvent s'accompagner des douleurs les plus vives. Une éruption offrant tout d'abord les caractères de l'urticaire, ou de l'érythème, ou de l'eczéma papulo-vésiculeux, peut dans des poussées ultérieures prendre la physionomie d'un pemphigus.

VUE D'ENSEMBLE DES DERMATITES POLYMORPHES

I. — *Dermatite polymorphe douloureuse récidivante de la grossesse : herpès gestationis.*

II. — *Dermatites polymorphes à étiologie mal définie.*

- A. Formes non douloureuses.
  - A*a*. Herpétiformes. — Érythémato-vésiculeuses.
  - A*b*. Non herpétiformes. — Érythémato-bulleuses.
  - Aiguës. { Récidivantes. / Non récidivantes-
  - Subaiguës.
  - Chroniques à poussées successives.
- B. Formes douloureuses.
  - B*a*. Herpétiformes.
    - Érythémato-vésiculeuses.
    - Érythémato bulleuses.
    - Aiguës. { Récidivantes. / Non récidivantes.
  - B*b*. Non herpétiformes.
    - Urticariennes.
    - Papulo-vésiculeuses.
    - Érythémateuses.
    - Érythémato-vésiculeuses.
    - Érythémato-bulleuses.
    - Pustuleuses.
    - Végétantes.
    - Polymorphes vraies.
    - Subaiguës.
    - Chroniques à poussées successives.

(A distinguer en particulier comme forme morbide cliniquement bien définie, constituant le type le plus net et le plus élevé du groupe, la *dermatite polymorphe vraie douloureuse chronique à poussées successives.*)

En l'absence d'un microbe pathogène permettant d'établir des entités morbides définies il est néanmoins possible, en s'appuyant sur nos théories des réactions cutanées, de concevoir de pareilles dermatoses.

Nous savons qu'une éruption qui, dans la majorité des cas, n'est pas prurigineuse comme le pityriasis rosé de Gibert par exemple, peut être extrêmement prurigineuse quand le sujet qui en est atteint est un intoxiqué ou un névropathe. Nous savons qu'un sujet porteur d'une dermatose moyennement prurigineuse, comme une parakératose psoriasiforme, peut, sous l'influence du surmenage, de chocs nerveux, voir se développer chez lui des prurits intenses, de telle sorte que des lichens simples chroniques (ou névrodermites chroniques circonscrites, ou prurits avec lichénifications), viennent se surajouter à l'affection primitive et en changer l'aspect, l'évolution, les réactions thérapeutiques.

La petite fille atteinte de dermatite polymorphe non douloureuse dont nous avons publié l'observation recueillie par M. le Dr Fernet (1) a vu survenir une formidable poussée éruptive après avoir pris un peu de thyroïdine. N'est-il pas possible d'admettre que l'hypo ou l'hyper-fonctionnement de tel ou tel organe de l'économie puisse exercer de l'influence sur la production des phénomènes éruptifs ? Si les enfants ont plus souvent que les adultes des dermatites polymorphes non douloureuses, c'est peut-être parce que d'une part l'émotivité du système nerveux est moindre chez eux que chez l'adulte, et d'autre part parce qu'ils sont moins exposés que lui aux causes morbides qui peuvent développer le prurit dans un organisme.

Ne peut-on pas concevoir qu'une dermatite polymorphe primitivement non douloureuse tenant peut-être à des troubles de la nutrition, à la viciation du fonctionnement de tel ou tel organe, puisse devenir douloureuse, soit par l'ingestion d'une substance quelconque génératrice du prurit, soit par une modification subie par le système nerveux ?

Allant plus loin dans cette voie, ne peut-on pas concevoir que suivant telle ou telle modification subie par les divers organes dans leur fonctionnement, suivant telle ou telle intoxication ou auto-intoxication on ait des poussées éruptives variables d'aspect ?

Cette multiplicité des causes pathogènes expliquerait la diversité des phénomènes, leur variabilité. Mais nous ne voulons pas insister sur ces hypothèses trop faciles à développer.

Répétons seulement en terminant qu'on ne saurait en ce moment étudier ces dermatoses en partant de cette idée que ce sont des entités morbides bien définies. On n'a actuellement le droit de les considérer que comme constituant des syndromes. Dans le syndrome flou, im-

(1) Unna, *Festschrift*, Band I. 1910.

mense, que nous appelons les *dermatites polymorphes*, on a déjà distingué plusieurs autres syndromes plus restreints : les *dermatites polymorphes douloureuses*, les *dermatites herpétiformes*, etc... On a précisé ainsi certains groupes de faits, mais ces diagnostics n'ont pas une importance considérable : ils ne signifient pas que nous connaissions la nature réelle du mal que nous étiquetons ainsi.

Répétons en outre ce que nous avons déjà bien établi dans un de nos précédents travaux : Quand on se demande si l'on doit ou non faire rentrer dans les dermatites polymorphes douloureuses des faits dans lesquels il n'y pas le moindre phénomène douloureux, on pose mal la question. Si l'on connaissait l'étiologie et la pathogénie de ces affections, ce serait tout simple : le groupe morbide serait constitué par l'agent pathogène, et toutes les affections cutanées reconnaissant réellement pour cause cet agent pathogène devraient rentrer dans ce groupe, quels que fussent les symptômes observés.

Mais il n'en est pas ainsi : les dermatites polymorphes douloureuses, pas plus que les dermatites herpétiformes, ne sont pas des entités morbides vraies : ce sont des syndromes créés par des observateurs pour faciliter la compréhension et la classification provisoire des faits pathologiques, et dès lors on ne peut y faire rentrer que les observations qui présentent les caractères sur lesquels on a établi ces syndromes.

Il est donc nécessaire de distinguer, comme nous l'avons fait plus haut, un groupe de dermatites polymorphes non douloureuses, et de le placer dans le cadre nosographique tout à côté du groupe des dermatites polymorphes douloureuses, ces deux groupes étant d'ailleurs intimement unis par des faits mixtes.

CONCLUSIONS

Le cadre morbide auquel l'École française a donné le nom d'*érythème polymorphe vésiculo-bulleux* a été créé (alors que les conceptions de Duhring et les nôtres n'avaient pas encore vu le jour) pour des faits analogues à certains de ceux que nous avons décrits sous le nom de *dermatites polymorphes douloureuses*.

Après la création de la dermatite herpétiforme, après celle des dermatites polymorphes douloureuses aiguës, subaiguës et chroniques, les contours de cet érythème polymorphe vésiculo-bulleux sont devenus fort difficiles à préciser.

Quand on a eu démontré que des faits d'éruptions érythémato-vésiculo-bulleuses non douloureuses se rattachaient étroitement à nos dermatites polymorphes douloureuses, on a prouvé par cela même que la conception de l'érythème polymorphe vésiculo-bulleux faisait double emploi avec les précédentes.

D'autre part le mot érythème polymorphe a une signification précise qui lui a été assignée par l'École de Vienne : il ne s'applique nullement à des faits analogues à nos dermatites polymorphes.

Il en résulte que l'érythème polymorphe vésiculo-bulleux tel qu'il a été décrit par l'École française doit disparaître du cadre nosographique.

Pour la conception générale des dermatites polymorphes nous renvoyons au tableau que nous publions dans ce travail.

PARASITE CRYPTOGAMIQUE DES DERMATOSES ÉRYTHÉMATO-SQUAMEUSES DU TYPE PITYRIASIS ROSÉ DE GIBERT

Par le D[r] **Du Bois,** privat-docent de dermatologie, chef de clinique.

(Clinique dermatologique de Genève. Directeur, P[r] Oltramare.)

(Planches I a III)

Les dermatoses érythémato-squameuses généralisées comprennent un certain nombre d'affections disparates, dont l'étude et la description sont d'autant plus complexes que la terminologie est malheureusement trop riche à leur sujet. L'étiologie de ces réactions cutanées est inconnue.

La façon dont la peau d'individus différents réagit à un même agent n'est pas toujours nécessairement identique, aussi est-il possible qu'en se basant uniquement sur des symptômes objectifs, on ait parfois séparé en affections diverses les formes d'une même infection.

C'est pourquoi avant d'établir un diagnostic précis pour les malades dont nous avons fait l'étude bactériologique, devons-nous reprendre les données des traités classiques sur le sujet.

Brocq dans sa *Dermatologie pratique* place dans les réactions cutanées pures les dermatoses rouges et squameuses. Il étudie le pityriasis rosé de Gibert type, avec deux de ses variétés plus rares, dont l'une semble être sa parakératose psoriasiforme à type de pityriasis rosé de Gibert, bien différenciée des autres parakératoses par son genre d'évolution; l'autre forme, rare, correspond à la variété décrite par Vidal sous le nom de pityriasis circiné et marginé. C'est l'herpès tonsurant maculeux que l'école de Vienne attribuait au trichophyton de Malmsten, et qui peut arriver à simuler ce qu'Hebra a appelé « eczema marginatum ». Vidal avait trouvé dans cette forme un parasite spécial, le « microsporon anomeon » ou « dispar » qui n'a pas été revu depuis et n'a plus à l'heure actuelle qu'un intérêt historique.

Darier dans son *Précis de dermatologie* place dans le chapitre des dermatoses érythémato-squameuses le pityriasis rosé de Gibert. Il en fait une entité morbide à part, dépendant peut-être d'une infection interne, et le distingue des eczématides, tout en reconnaissant que parfois le diagnostic différentiel est impossible. Par contre, il fait rentrer dans ses eczématides pityriasiformes, le pytiriasis marginé de Vidal, rapprochant ainsi des eczémas, ces formes sèches et circonscrites, évoluant sur un terrain kérosique. Toutefois, il admet que les

eczématides pityriasiformes simulent de si près le pityriasis rosé de Gibert, qu'il est à peine légitime de les en distinguer. Leur évolution cyclique, presque constante, les éloigne en tout cas des eczématides figurées, dermatose figurée médiothoracique de Brocq, dont la durée d'évolution est le plus souvent indéfinie.

Thibierge, dans *La pratique dermatologique,* donne une description complète du pityriasis rosé de Gibert type et signale les deux variétés de forme, maculeuse et circinée, qui coexistent presque toujours dans chaque cas, représentant des phases différentes dans l'évolution d'une même lésion. Le diagnostic d'avec les autres éruptions érythémato-squameuses pouvant le simuler n'est à faire pour lui qu'avec l'eczéma séborrhéique, dermatose médiothoracique de Brocq, et les teignes généralisées de la peau glabre; le pityriasis marginé de Vidal étant une affection très rare, dont l'autonomie est discutable. Ajoutons que des formes de passage nombreuses, se rapprochant plus ou moins de l'un ou de l'autre type décrit, compliquent encore le problème et l'on comprendra la difficulté qu'il y a à établir un groupement homogène dans cette classe de dermatoses dont l'étude préoccupe tous les dermatologistes.

Les trois malades dont nous publions les observations, semblent représenter, par les éruptions diverses dont ils sont atteints, trois types particuliers de dermatoses érythémato-squameuses. Et pourtant, ces éruptions dont les éléments sont disparates présentent de nombreux points communs.

C'est tout d'abord leur évolution qui les rapproche, elle se fait par poussée jusqu'à la généralisation de l'éruption, généralisation qui peut être rapide, s'effectuer en quelques jours, ou s'établir progressivement en quelques semaines depuis le moment où est apparu le premier élément. Après cette période d'acmé, l'intensité éruptive et le nombre des éléments diminuent, puis, bientôt après, la peau reprend son aspect normal. Le cycle évolutif complet se fait presque régulièrement en un temps qui varie de trois semaines à deux ou trois mois et paraît être le symptôme le plus caractéristique de ces affections.

Les lésions élémentaires étudiées dans les premiers stades de leur établissement sont semblables chez les trois malades. Ce sont des taches plus ou moins rosées, rondes ou ovales, à surface sèche dont la desquamation varie d'importance suivant l'individu ou l'étendue de l'élément. Ces taches ont une tendance à l'extension régulière mais peuvent ne pas grandir. Enfin le prurit, seul symptôme subjectif, varie d'un malade à l'autre sans acquérir une importance qui le fasse habituellement prendre en considération au point de vue thérapeutique. L'examen microscopique des squames nous a montré dans les trois cas un agent cryptogamique qui semble ne pas différer d'un malade à l'autre.

Chez le malade n° 1, femme de 34 ans, de bon état général, l'éruption a débuté par une plaque unique sur le sein gauche, plaque régulièrement ronde et rouge au début, dont le centre s'est ensuite légèrement déprimé devenant blanc jaunâtre alors que le pourtour restait rosé tout en s'accroissant régulièrement; au bout de 6 jours d'autres éléments sont apparus dans le voisinage et rapidement l'éruption a couvert le tronc et les bras, devenant légèrement prurigineuse. Ces éléments sont les uns très petits, punctiformes et simplement rouges, d'autres plus développés ont une surface un peu squameuse, enfin les plus grands prenant l'aspect de la plaque initiale, sont nettement limités par un liséré rosé, tandis que le centre blanc-jaunâtre plissé, desquame par l'éclatement de la couche cornée. Enfin quelques éléments sont confluents et forment de grandes plaques polycycliques.

Quinze jours après l'apparition de la plaque initiale, l'éruption présentait l'aspect donné par la photographie (pl. I, fig. 1). Après un traitement par une pommade légèrement soufrée administrée plutôt dans le but de calmer les inquiétudes de la malade, que dans celui de guérir son éruption, l'intensité des éléments a diminué. Au bout de 5 semaines il n'y avait plus trace d'éruption. La figure, les avant-bras et les jambes sont restés indemnes, et le prurit n'est devenu un peu gênant qu'au moment de la généralisation. Nous croyons être en présence d'un cas de pityriasis rosé de Gibert, typique, caractérisé par la plaque du début, l'aspect des éléments et l'évolution régulière de l'éruption, se faisant d'ailleurs sans aucun retentissement sur l'état général.

Le malade n° 2 est un jeune homme de 27 ans, avec un très bon état général. Son éruption est apparue pendant un voyage, sous forme de petites taches rouges, clairsemées sur le tronc. Un mois après le début et sans avoir pu suivre aucun traitement, il présente l'aspect reproduit par la photographie. La plupart des éléments sont grands, quelques-uns même dans le dos atteignent la dimension de la paume de la main, plus grands par conséquent que ceux du pityriasis rosé de Gibert. Leurs bords un peu saillants sont plus jaunâtres que rosés, le centre décoloré est moins squameux que les bords, donnant ainsi à l'œil une impression d'anneau peu visible sur la photographie. Une grande plaque érythémateuse sous le bras droit est dépourvue de squames sans doute par le frottement continu. Le malade prétend que ces grands éléments représentent la transformation des petites plaques du début, rouges et squameuses, semblables du reste à celles plus récentes qui existent encore. L'évolution de ces éléments éruptifs est très lente. Le prurit est peu marqué. Grâce à l'obligeance du malade, nous pouvons le laisser pendant encore un mois sans traitement, surveillant les lents progrès de la généralisation. Les changements se bornent à une augmentation légère de l'étendue des éléments nouveaux; aussi l'application d'une pommade contenant un peu d'acide chrysophanique mit-elle fin à cette mise en observation par la disparition rapide et complète de l'éruption. Cette dermatose nous paraît représenter un cas de pityriasis circiné de Vidal, caractérisé par la lenteur de son évolution, l'aspect de ses éléments, dont la grandeur, ainsi que la localisation d'une plaque dans la région axillaire semble caractéristique. Enfin l'analogie de

notre photographie avec celle que Brocq donne de cette affection est frappante.

Le malade n° 3 est une femme de 28 ans, très bon état général. Elle a vu survenir brusquement, sur le tronc et les membres, une éruption de petites plaques très nombreuses, rouge-brique, couvertes de squames furfuracées et de dimensions à peu près égales entre elles, ne dépassant pas celle d'une pièce de 0 fr. 50. Elles sont rondes ou ovales sans être très régulières, leur centre pâlit à mesure que l'élément grandit. L'éruption a présenté une intensité maxima d'abord sur le tronc, puis secondairement sur les cuisses en même temps qu'elle s'atténuait sur le haut du corps donnant l'aspect reproduit par la photographie (pl. I, fig. 3). Un prurit violent accompagne les poussées. Les éléments éruptifs qui du reste n'ont jamais pris l'aspect exact de ceux du pityriasis rosé de Gibert type, se sont effacés après confluence presque générale, par desquamation scarlatiniforme d'à peu près tout le tégument. La tête, les mains et les pieds ont été épargnés. L'évolution complète dura trois semaines et fut abrégée par l'application d'une pommade soufrée que réclamait la malade pour atténuer son prurit. Le diagnostic est ici plus délicat, nous aurions classé cette éruption dans les anciennes séborrhéides, si le groupe beaucoup élastique des dermatoses érythémato-squameuses dont elle paraît représenter un type, n'avait pas existé. Elle cadre même assez bien dans ce groupe, avec la forme atypique du pityriasis rosé de Gibert, décrite par Brocq comme forme de passage allant aux parakératoses psoriasiformes disséminées à type de pityriasis rosé de Gibert.

C'est en étudiant méthodiquement les squames de ces trois éruptions, que nous avons pu dans chaque cas mettre en évidence les éléments sporulés de l'agent cryptogamique dont la description va suivre. Sans pouvoir encore affirmer qu'il soit l'agent étiologique de ces dermatoses, puisque l'inoculation n'en a pas été faite, et sans prétendre qu'il soit exactement le même dans les trois cas puisque, sans culture, il est impossible de le différencier, nous croyons qu'il peut déjà, tout au moins, devenir un élément précieux, permettant de réunir en un groupe les éruptions qui le contiennent. Il faut encore naturellement que ces recherches soient confirmées et que la preuve bactériologique de son rôle étiologique soit établie.

Malheureusement ces dermatoses ne sont pas assez fréquentes pour que nous ayons pu en entreprendre l'étude sur une plus grande échelle.

Description du parasite.

La façon de prélever les fragments à examiner pour la recherche de ce parasite nous paraît avoir joué le principal rôle dans sa découverte.

Depuis bien des années nous avons maintes fois raclé des plaques de pityriasis avec un bistouri ou une lame de verre, examiné ces produits de raclage dans toute espèce de réactifs, sans jamais avoir pu

découvrir d'agents parasitaires. Ceux qui ont l'habitude de manier des squames savent combien ce travail est ingrat et comme il est difficile de les dégraisser, de les maintenir et de les colorer.

Chez notre malade n° 1, avec son pityriasis rosé de Gibert typique, nous avons d'abord raclé suivant le procédé habituel plusieurs éléments sans rien trouver dans les débris de squames obtenus. Ces insuccès sont dus au fait que le raclage est un procédé grossier qui détruit en grande partie les rapports des matériaux, les uns par rapport aux autres, rapports qu'il importe au plus haut point de respecter.

Il faut, pour obtenir des résultats, soulever très délicatement, sans l'écraser, la surface cornée épaissie des éléments éruptifs jeunes. Cette petite opération se fait avec un scarificateur ou la lame d'un fin bistouri et l'on est étonné de voir avec quelle facilité on peut y arriver même avant que les plissements ou la desquamation se soit faite au centre des éléments.

Vus à la loupe, ces éléments primitifs des dermatoses érythémato-squameuses sont beaucoup plus mouvementés qu'on pourrait le croire. Leur surface est surélevée, alors qu'à l'œil elle paraît plane, mamelonnée par de petites élevures correspondant aux follicules pileux. La couche cornée est tendue de l'une à l'autre, prête à éclater. Les éléments plus âgés ne montrent cet aspect congestif qu'à leur pourtour, alors qu'au centre la couche cornée n'étant plus distendue reste flasque et plissée, puis elle se fendille avant de se soulever en squames qui deviennent la caractéristique des gros éléments.

C'est aux lésions jeunes qu'il faut s'adresser de préférence, car dans les squames déjà soulevées on ne trouve plus guère de parasites. L'introduction de la lame tranchante peut se faire sous le contrôle de la loupe et avec un peu d'habileté on peut soulever parfois, en un seul morceau, la couche cornée de toute la surface d'un élément. Le plus souvent il est nécessaire de la détacher soigneusement sur son pourtour puis de l'arracher avec une pince. Il arrive aussi que la lame introduite donne l'impression de pénétrer dans une cavité déjà formée entre la couche cornée et les couches basales, le lambeau cède alors très facilement. Cette squame obtenue aussi grande que possible est déposée par sa face externe sur une lame et recouverte d'une lamelle.

Un premier examen, à un faible grossissement, et sans même avoir immergé l'objet dans un liquide, montre que la face interne de cette pellicule est hérissée de petites aspérités. Ce sont des cônes ou tubes cornés correspondant aux revêtements des infundibula folliculaires ou glandulaires détachés et arrachés jusqu'à une certaine profondeur. Si parfois un follet a été entraîné avec la squame, on peut voir toute sa portion folliculaire encore engainée par cette enveloppe cornée, qui, le plus souvent, se présente vide de poils. C'est sur toute la longueur ou seulement à l'orifice externe de ce petit canal, qu'un grossissement

plus fort montre des amas de parasites. Il est bon pour les bien mettre en évidence de dégraisser la squame en faisant passer de l'éther de pétrole entre la lame et la lamelle, puis de monter la préparation au baume. L'emploi de la potasse, pour la recherche des agents cryptogamiques, nous paraît ne pas convenir pour cet organisme dont les éléments délicats et sans cohésion s'éparpillent avec la plus grande facilité.

Les essais de coloration que nous avons tentés n'ont pas donné de résultats appréciables, certains éléments prennent les couleurs basiques, les autres restent non colorés. L'examen direct donne du reste, comme pour les teignes, des résultats suffisamment nets.

Le parasite est représenté par des amas de spores rondes, de grandeur variable, les plus grandes ne dépassent pas 5μ, les plus petites sont difficiles à mesurer. Elles sont visibles avec un objectif n° 3, et deviennent tout à fait nettes avec un objectif n° 6. Entassées dans les gaines folliculaires, sans aucun ordre régulier, elles peuvent parfois les boucher sur toute leur longueur, mais le plus souvent elles s'y trouvent réparties en amas distincts. Le volume et l'importance numérique de ces amas diminue à mesure qu'ils sont placés plus près de l'extrémité profonde du tube.

Lorsqu'elles sont irrégulièrement dispersées au pourtour des orifices externes, c'est que probablement les manipulations de la technique ont modifié leur topographie. Elles ne sont pas accompagnées de filaments mycéliens, et les plus forts grossissements n'en indiquent aucune trace, pas plus dans les squames que dans les follets, même lorsque ces derniers sont entourés d'un manchon de spores.

Les essais de culture faits sur tous les milieux actuellement employés dans les laboratoires n'ont donné aucun résultat, pas plus que les essais d'inoculation sur le malade lui-même ou sur d'autres individus par frottis et scarification.

De l'un à l'autre de nos trois malades, ces éléments sporulés paraissent être semblables sauf les légères variations dans le volume moyen des éléments que montrent les micro-photographies des squames appartenant à chaque cas.

Quel est ce champignon? Est-il nouveau? Peut-il se rapprocher de formes déjà décrites?

A un premier examen et surtout à celui des préparations contenant des poils follets, on pourrait penser à une forme de microsporie dont la généralisation à la surface cutanée produirait les lésions que nous avons étudiées.

L'irrégularité dans la grandeur des spores, l'absence totale de tout mycélium et surtout le fait que ce parasite ne pousse sur aucun des milieux propices aux teignes, permet d'abandonner cette idée.

Le groupement de ces spores irrégulières en amas, les résultats

négatifs de leur culture et de leur inoculation, rapprocherait plutôt cet organisme de celui du pityriasis versicolor, le microsporon furfur. L'absence de mycélium, la localisation exclusive dans les utricules, la réaction inflammatoire plus violente qu'il provoque dans la peau, l'en éloigne.

Au moment de la découverte de notre premier cas, en septembre 1910, nous avons cru avoir retrouvé le parasite décrit par Vidal en 1882, son « microsporon anamaeon » ou « dispar » qu'il a vu dans une dermatose du type de celles dont nous nous occupons. Sa description ne diffère guère de la nôtre que par la dimension des éléments sporulés de son champignon et le fait, chez lui, d'avoir aperçu des filaments mycéliens. Il dit : « L'extrême petitesse des champignons qu'on ne peut reconnaître au microscope qu'avec les plus forts grossissements, sont les raisons pour lesquelles ils ont pu jusqu'à ce jour passer inaperçus. En examinant avec l'objectif à immersion nº 10 de Hartnack, on constate des spores rondes ayant en moyenne 1 μ, beaucoup sont plus petites. Les spores d'une dimension plus grande sont les moins nombreuses, elles ont 2 exceptionnellement 3 μ ». La planche qui accompagne cette description figure des amas de spores dont l'aspect correspond à celui de nos micro-photographies.

D'autre part, lorsque Vidal pense avoir trouvé ce même parasite dans la barbe et sur le cou formant, avec des débris épithéliaux, des gaines blanches autour des poils, ou qu'il le rencontre dans des lésions du pli de l'aine, on peut se demander s'il n'y a pas eu confusion avec des formes de microspories ou d'epidermophities inconnues à l'époque. Les essais de culture pouvant trancher cette question n'ont malheureusement pas été faits.

Malgré quelques analogies, il nous paraît difficile d'identifier, du moins pour le moment, le parasite que nous avons trouvé à celui de Vidal.

En résumé, un agent cryptogamique a été mis en évidence dans trois cas de dermatoses érythémato-squameuse dont l'une semble être un pityriasis rosé de Gibert type et les deux autres des variétés de cette même affection. Ce parasite se présente sous la forme d'éléments sporulés de grandeur variable, groupés en amas, sans filaments mycéliens, dans les orifices folliculaires et glandulaires. Il ne pousse sur aucun milieu habituel et n'est pas inoculable. Plusieurs de ses caractères le rapprochent du microsporon décrit par Vidal comme agent du pityriasis circiné.

Nous pensons que de nouvelles recherches confirmeront sa présence dans tous les pityriasis rosés dont il est probablement l'agent étiologique, et en attendant la détermination de sa place dans la classification des dermatophytes, nous proposons de le nommer en souvenir de Vidal, « microsporon dispar ».

EXPLICATION DES PLANCHES

Planche I.

Fig. 1. — Malade nº 1. — Pityriasis rosé de Gibert.

Fig. 2. — Malade nº 2. — Pityriasis circiné et marginé de Vidal.

Fig. 3. — Malade nº 3. — Parakératose psoriasiforme disséminée de Brocq.

Planche II.

Fig. 1, 2, 3, 4. — Squames du malade nº 1 avec le « microsporon dispar » à l'orifice des utricules folliculaires ou le long de leur tube corné (fig. 4).

Planche III.

Fig. 1, 2, 3. — Squames du malade nº 2. Les spores paraissent un peu plus petites que celles du malade nº 1.

Fig. 4, 5. — Squames d'un élément pris sur la cuisse du malade nº 3. Les spores sont plus grosses que chez les deux autres. La figure 6 montre un follet engainé.

Ces microphotographies ont toutes été faites avec un objectif Leitz nº 6, un oculaire nº 2, une chambre noire de 47 centimètres.

REVUE DE DERMATOLOGIE

Acné.

Isolement et culture du bacille de l'acné (Isolation and growth of the acne bacillus), par E.-D. Lovejoy et T.-W. Hastings. *The journal of cutaneous diseases,* février 1911.

Les difficultés de culture, disent L. et H., ont empêché jusqu'ici l'étude approfondie du bacille signalé par Unna (1893) dans l'acné, et de l'utiliser en thérapeutique pour la méthode des vaccins; il fut cultivé d'abord par Sabouraud en 1897, puis par Gilchrist en 1899, et inoculé en série chez les animaux avec production de suppurations.

Depuis, peu l'ont étudié ; Fleming en 1909 fit des cultures aérobies qu'il utilisa pour le traitement de l'acné par la méthode de Wright.

Ce bacille est un micro-organisme allongé, de 1 à 4 μ sur 1/2 μ ; il se colore uniformément dans les frottis, et se trouve soit par groupe de deux, soit isolé, soit en ligne de file.

Le nombre en est variable; dans certains cas il en existe beaucoup, en association staphylococcique, ou bien il est très rare. Les formes les plus vieilles présentent une tache très colorée à une extrémité ou aux deux, donnant alors l'aspect d'une chaînette, le milieu restant plus clair; ce ne sont pas des spores.

Ce bacille est bien coloré par le Gram et prend mieux les couleurs bleues que les autres micro-organismes.

On peut le mettre en évidence dans beaucoup de cas, surtout dans les lésions récentes, comme les comédons ou les petites pustules superficielles jeunes; dans les grosses lésions pustuleuses, il est plus rare.

On le rencontre aussi dans les sécrétions sébacées, surtout dans les replis des narines.

Hartwell et Streeter ont démontré qu'il est anaérobie, mais il peut se cultiver comme un aérobie sur milieu approprié.

La gélatine-agar lui convient particulièrement; on peut aussi le voir pousser sur gélatine pure à la température des appartements, avec plus de difficultés, quand il est ensemencé en masse épaisse.

Sur bouillon simple ou acidulé, il donne un précipité granuleux, sans trouble, vers la fin du 2e jour.

Sur peptone même aspect, sans production d'indol.

Sur lactose-agar au tournesol ou lait au tournesol, pas de changement de coloration.

Sur milieu de Conradi pas de modifications non plus.

Sur gélatine pas de liquéfaction.

Sur agar simple ou agar glucosé à 2 pour 100 on obtient les meilleurs résultats.

G. Petges.

Actinomycose.

Actinomycose primaire de la peau (Primäre Actinomycosis der Haut), par Vignolo-Lutati. *Dermatologisches Centralblatt,* mai 1911, n° 8, p. 226.

Le malade présente au milieu d'une joue un bourgeon bleuâtre. Le tégument environnant, de couleur rosée, est plissé en étoile. D'autres lésions moins avancées démontrent que ce bourgeon est dû à la coalescence de petites élevures rondes disposées en grappe. Il n'y a pas d'adénopathie ni de lésion buccale.

La culture met en évidence l'Oospora bovis. L'histologie montre des nodules granulomateux dont le centre présente des amas mycéliens au sein d'une zone amorphe granuleuse et dont la périphérie est le siège d'une infiltration abondante. Dans les formations les plus avancées la zone centrale présente quelques cellules géantes et à la périphérie se dessinent des tendances à une formation fibroplastique. Pellier.

Adénome sébacé.

Deux cas d'adénomes sébacés chez une mère et son fils (Two cases of adenoma sebaceum in mother and son), par H.-G. Adamson. *The British journal of dermatology,* avril 1911, p. 109.

Mère, 31 ans, atteinte depuis la naissance d'adénomes sébacés caractéristiques, type Pringle, gros comme des grains de chènevis, polis, jaunâtres, ovales, avec un délicat réseau vasculaire rouge, situés sur les joues et les côtés du nez. L'enfant âgé de 5 ans fut porteur de taches rouges des joues et des côtés du nez vers l'âge de 4 ans, et actuellement on y constate des tumeurs grosses comme des pois, de couleur jaunâtre sillonnées de fines varicosités, lésion analogue sur le front. Son corps est couvert de nombreuses élevures minuscules, rappelant les verrues planes.

Cas intéressant par la double atteinte de la mère et de l'enfant.

G. Petges.

Angiokératome.

Un cas d'angiokératome (a case of angiokeratoma), par H.-G. Adamson (*Royal Society of medicine*). *The British journal of Dermatology,* février 1911, p. 47.

Cas typique d'angiokératome observé chez une jeune Espagnole de 21 ans, présentant des engelures, sans aucune trace de tuberculose ancienne ou en évolution.

Pringle fait remarquer au sujet de cette malade la rareté de l'angiokératome dans certaines races, telles que chez les Espagnols, leur fréquence dans le Nord de l'Italie, en Roumanie. Il n'est pas convaincu du rôle de la tuberculose dans cette affection. G. Petges.

Blastomycose.

Sur le traitement de la blastomycose de la peau (Zur Behandlung des Blastomykosis der Haut), par O. v. Petersen. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 107, p. 138.

P. a traité avec succès 2 cas de blastomycoses ulcéro-gommeuses, par des applications chaudes, de 40 à 45°, maintenues pendant une demi-heure à trois quarts d'heure au niveau des lésions. Ch. Audry.

Cancer cutané.

Lymphangite cancéreuse de la peau dans un cancer de l'estomac (Ueber Lymphangitis carcinomatosa der Haut bei Magenkarzinom), par Geipel. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 107, p. 397.

Il s'agit d'un homme de 38 ans, atteint d'un cancer de l'estomac, de lymphangite cancéreuse de l'intestin, d'ascite chyleuse, de cancer du canal thoracique, de lymphangite cancéreuse des plèvres et des poumons, de la trachée et de l'œsophage, de métastases cancéreuses dans les ganglions axillaires et de lymphangite carcinomateuse de la peau. Celle-ci se manifestait par une infiltration livide, rouge et diffuse de la région sus-claviculaire droite. Cet état d'infiltration s'étendait à tout le cou, à une grande partie de l'épaule et au bras droit. Sur le thorax, l'infiltration descendait jusqu'au niveau de la troisième côte. On sentait de petites tumeurs enchâssées dans ce derme infiltré et dur.

Au microscope, les lymphatiques de la peau sont largement dilatés et envoient jusque dans l'épiderme des prolongements bourrés de cellules néoplasiques. L'endothélium des lymphatiques était à peu près respecté.

Il existe un cas semblable de Ziegler. Ch. Audry.

Un cas d'épithélioma kystique baso-cellulaire de la peau de la face (Ein Fall von Zystischem baso-zellulären Epitheliom der Gesichtshaut), par Heuck et Friebóes. *Dermatologische Zeitschrift,* 1911, t. 18, p. 653.

On n'a publié qu'un petit nombre d'épithéliomas baso-cellulaires à kystes cliniquement proéminents. H. et F. donnent l'observation d'un homme de 66 ans qui, à côté de verrues séniles plus ou moins végétantes de la face, offrait sur la joue gauche, une petite tumeur kystique et multilobulée qui fut excisée.

Au microscope, les cavités kystiques sont développées au milieu de la nappe d'un épithélioma baso-cellulaire ; ces kystes remarquables par leurs dimensions résultent d'un processus de ramollissement des cellules constitutives du néoplasme et de la substance de soutènement. Ch. Audry.

Salvarsan et épithélioma (Salvarsan y epithelioma), par Serrano et Sainz de Aja. *Revista Clinica de Madrid,* 15 mars 1911, n° 6, p. 214.

L'arsenobenzol pourra remplacer le mercure comme traitement d'épreuve et aura sur lui, dans les cas où la biopsie est impossible, l'avantage de préciser rapidement, en cas d'échec, la nécessité d'une intervention. Pellier.

Cheilitis exfoliativa.

Cheilitis exfoliativa (Cheilitis exfoliativa), par Adamson. *Royal society of medicine,* 20 avril 1911. *The British journal of dermatology,* mai 1911, p. 149.

Une jeune fille de 18 ans présenta d'abord depuis quatre ans des gerçures verticales vers le milieu de la lèvre inférieure, saignant facilement, guérissant et laissant après elles un état de sécheresse spécial. Puis il se forma des croûtes sur les lèvres, surtout sur l'inférieure : celle-ci est actuellement couverte de squames noires épaisses et de croûtes faites de sang desséché. La lèvre supérieure moins fissurée, présente des squames brunes, non

croûteuses. Squames et croûtes se détachent facilement. La peau voisine est sèche, ridée, un peu fissurée, non croûteuse.

Le seul autre trouble cutané concomitant observé est une séborrhée accusée du cuir chevelu, et des placards séborrhéiques de la face.

Traitement proposé : radiothérapie. G. PETGES.

Dermatite exfoliatrice.

Le métabolisme dans la dermatite exfoliatrice (The metabolism in exfoliative dermatitis), par H. LETHEBY TIDY. *The British journal of dermatology,* mai 1911, p. 133.

Travail basé sur l'étude du chimisme urinaire dans trois cas de dermatite exfoliatrice; les deux premiers d'origine primitive, dont l'un très rebelle, le second rapidement atténué; le troisième d'origine secondaire, médicamenteuse.

Des recherches de contrôle ont été faites sur deux sujets sains et sur un convalescent de rhumatisme aigu.

Les analyses dans ces dermatites ont permis de présumer une élimination exagérée d'azote par la peau avec excrétion d'acide urique : ces troubles seraient secondaires aux lésions cutanées, mais n'en seraient pas la cause.

Les malades placés dans des conditions analogues, soumis à un régime approprié, on a pu analyser leurs urines à plusieurs reprises, par les méthodes habituelles, pour arriver aux conclusions suivantes :

1. Sauf quelques traces, absence d'albumine; pas de cylindres, pas de signes de néphrite.
2. Diminution de l'azote urinaire; l'excédent étant éliminé par la peau.
3. Excrétion exagérée d'acide urique, variable avec l'état cutané.
4. L'élimination de l'urée et de l'azote libre est en rapport normal avec l'azote total.

L. admet d'après ces recherches chimiques l'absence de néphrite ; les modifications urinaires seraient consécutives aux troubles cutanés et non leur cause.

Il ne peut dire si les réactions cutanées de la dermatite sont liées à l'existence d'acide urique.

En somme, l'origine de la dermatite exfoliatrice n'est pas élucidée malgré ce travail consciencieux. G. PETGES.

Dermato-myosite.

Dermato-neuromyosite chronique atrophiante (Dermato-neuromyositis chronica atrophicans), par A. SIMONSOHN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 108, p. 59.

Une servante de 21 ans est malade depuis 9 mois. La maladie a débuté par des douleurs et de l'affaiblissement du bras droit. Puis elle s'est étendue à la face, au tronc, aux cuisses, etc. Les lésions ont de la rougeur diffuse, avec un peu de desquamation, de l'infiltration, de l'immobilité des muscles de la face. Quelques taches pigmentaires, douleurs, mêmes altérations des mains et des bras, des doigts, etc. Récemment, quelques taches sont apparues au voisinage du genou, à évolution atrophique au centre.

Pas de troubles des appareils sensoriels. Paresse musculaire générale.

Atrophie notable des muscles du pouce et du petit doigt. Atrophie manifeste des muscles de l'épaule. Disparition du réflexe patellaire, etc. Douleurs spontanées surtout du côté droit. T. 38.

Au microscope, infiltration diffuse et modérée du derme ; hyperkératose, parakératose, acanthose légère; les fibres élastiques bien conservées dans les papilles, ont disparu partiellement au niveau des infiltrats. Atrophie des faisceaux conjonctifs. A l'autopsie : tuberculose généralisée. L'examen post mortem a montré entre autres lésions des altérations considérables des parois vasculaires. Les muscles sont en état de dégénérescence et de tuméfaction trouble.

On a publié déjà des cas de ce genre; on connaît une forme aiguë et une forme chronique de dermatomyosite. Le cas présent est particulier par le degré d'altération de l'épiderme.

(L'examen de la moelle a montré une atrophie des cellules ganglionnaires qui serait secondaire.) Ch. Audry.

Dermite artificielle.

Iodisme aigu, avec œdème et érythème des zones malades dans un cas d'Anetodermia érythémateuse de Jadassohn (Iodismo agudo, edematoso y eritematoso, de las zonas enfermas, en un caso de Anetodermia eritemátosa de Jadassohn), par J. de Azua. *Actas Dermo-Sifiliográficas,* juin-juillet 1910, n° 5, p. 317.

Sur les bras et à la racine du nez, chez une femme de 28 ans se sont développées des taches rondes ou ovalaires, d'une couleur rouge obscure, légèrement surélevées, d'une indolence absolue qui évoluent vers une atrophie complète du tégument. Cinq heures après l'absorption d'une faible dose d'iodure (0 gr. 50) la malade fut réveillée par de violentes douleurs : le bras avait doublé de volume et chaçune des macules atrophiques s'était transformée en une tuméfaction rouge, surelevée de 1 cm. 5, formant une tumeur en cabochon. La rétropression montrait du sang extravasé.

Les phénomènes cédèrent en trois jours laissant une teinte ecchymotique. Une nouvelle dose d'iodure donnée quinze jours après amena la répétition de ces troubles. Pellier.

Sur les lésions de la peau causées par la lumière, et les moyens de s'en défendre (Lichtschädigungen der Haut-und Lichtschutz mittel), par S. Freund. *Wiener klinische Wochenschrift,* 1911, n° 19, p. 670.

On sait que le coup de soleil est dû bien plus à l'action des rayons de courte longueur d'onde, à partir de l'ultra-violet qu'à celle des autres rayons du spectre lumineux vrai. Il y a donc lieu de rechercher principalement l'absorption des rayons ultra-violets. Pour cela, on a recommandé une série de produits de couleur jaune ou orangé ; le dernier, recommandé par Unna sous le nom de zeozon ou d'ultra-zeozon est un dérivé de l'esculine; le zeozon (3/00) est destiné à prévenir le coup de soleil ou les éphélides ; l'ultra-zeozon (7/00) est destiné à combattre le coup de soleil des glaciers.

F. recommande comme donnant les meilleurs résultats dans les recherches de la protection de la peau contre le coup de soleil et les autres effets du spectre chimique l'emploi d'une préparation d'esculine : amidon de fro-

ment, 10 grammes ; eau, 10 grammes ; esculine, de 2 à 4 grammes ; solution aqueuse de soude à 10 pour 100 : 8 gouttes mélangées ; 100 grammes de glycérine chauffée à 110°, le tout à consistance de pommade épaisse.

Ch. AUDRY.

Dermite ossifiante.

Dermite ossifiante progressive, par René HORAND. *Société de médecine de Lyon,* 9 janvier 1911 ; *Lyon médical,* 19 février 1911, p. 315.

Cette lésion a été constatée chez une petite malade atteinte depuis sept ans de myosite ossifiante progressive.

Le début s'est fait par les muscles de la nuque, de la ceinture scapulaire et du dos. Elle s'est ensuite étendue aux membres supérieurs, au tronc, puis aux membres inférieurs. La maladie a successivement passé par les trois stades d'infiltration embryonnaire, d'induration fibreuse, d'ossification du tissu. L'évolution sera probablement fatale.

Actuellement la malade est atteinte sur le dos des mains de pseudo-pustules varioliformes, ombiliquées, d'un blanc plâtreux au centre, et entourées d'un cercle rosé. Ces tumeurs sont dures, d'une consistance calcaire ; leur base est infiltrée. Leur contenu est semblable à de la chaux. Elles intéressent l'épiderme, le derme et le tissu cellulaire sous-cutané. Ces tumeurs semblent dues à la dégénérescence avec calcification des glandes sudoripares et des artérioles de ces glandes. M. CARLE.

Diphtérie cutanée.

Diphtérie cutanée. Cas primitif mortel (Cutaneous diphteria. Fatal primary case), par EDWIN-H.-PLACE. *The Boston medical and surgical journal,* 10 novembre 1910, p. 730.

La diphtérie cutanée consécutive à celle des voies respiratoires est connue : elle se manifeste sous l'aspect de l'impetigo contagiosa, à bacille de Lœffler, curable par la sérothérapie ; ou bien comme complication de l'eczéma auriculaire ; ou d'un lupus cureté ; ou des plaies et abcès du cou ; ou de la varicelle, le plus souvent sur la vulve ou dans le vagin.

P. cite un cas dans lequel les fausses membranes occupaient la partie inférieure de l'abdomen, la région génitale, le haut des cuisses, avec un état général grave, et une issue mortelle le 5e jour, malgré la sérothérapie spécifique. Recherche du bacille de Lœffler positive sur ces lésions ; négative ailleurs, dans la gorge, le nez.

L'origine de l'infection est restée méconnue. G. PETGES.

Ecthyma.

Sur l'ecthyma gangreneux (Über Ecthyma gangraenosum), par K. GROEN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 106, p. 217.

Une observation d'ecthyma gangreneux de l'enfant terminé par la mort, et dans les lésions duquel on trouva, à côté d'autres espèces microbiennes, du bacille pyocyanique.

Bonne revue d'ensemble sur ce sujet. Ch. AUDRY.

Eczéma.

A quelle époque remonte l'usage du mot eczéma ? (Der älterte Ge-

brauch des Wortes « Ekzem »?), par J. Bloch. *Monatshefte für praktische Dermatologie,* 1911, t. 53, p. 69.

C'est à un commentateur alexandrin d'Hippocrate, Barchrios, vivant 200 ans avant Jésus-Christ, que remonterait le terme d'eczéma, si l'on s'en fie à une citation d'Erotian, lequel était contemporain de Néron. Peut-être le mot est-il plus ancien ; mais on ne peut pas remonter plus haut.

Ch. Audry.

Eléphantiasis.

Étiologie de l'éléphantiasis (Etiology of elephantiasis), par George Cheever Shattuck. *Boston medical and surgical journal,* 10 novembre 1910, p. 718.

Les caractères typiques de l'éléphantiasis acquis sont la lymphangiectasie, l'hyperplasie conjonctive, l'œdème chronique ; leur rôle et leurs relations sont obscurs. La stase et l'inflammation semblent les provoquer; la stase débute souvent la première ; mais l'inflammation peut la précéder ou la suivre, ou même ne pas se produire.

L'inflammation est consécutive à une action bactérienne évidente le plus souvent. L'inflammation ou la stase peuvent provoquer séparément l'éléphantiasis, de même qu'unies elles ne l'entraînent pas toujours, ce qui plaide en faveur du rôle des anomalies et des malformations des lymphatiques dans l'étiologie de cette affection.

La filaire a un rôle important dans la pathogénie de l'éléphantiasis endémique, mais non indispensable; son rôle est indirect.

L'éléphantiasis sporadique d'origine lymphatique et l'éléphantiasis endémique ne sont pas essentiellement différents. G. Petges.

Eruption bulleuse.

Un cas d'éruption bulleuse hémorragique étendue, avec symptômes généraux graves (A case of Widespread bullous and hœmorrhagic eruption, with grave constitutional symptoms ; recovery), par E.-G. Fearnsides. *The British journal of dermatology,* avril 1911, p. 99.

Cas intéressant d'une éruption cutanée polymorphe avec « état typhoïde », se présentant cliniquement avec les allures d'une streptococcémie d'origine cutanée (cuir chevelu), mais sans résultat bactériologique positif par l'ensemencement du sang.

Début par des douleurs dans les jambes, les genoux, des vomissements ; apparition de plaques rouges, puis de bulles sur ces plaques, avec prurit léger. Facies infecté, langue sèche, fièvre. Phtiriase abondante du cuir chevelu, sans retentissement ganglionnaire.

L'éruption, plus ou moins symétrique, couvre surtout les membres supérieurs, les côtés d'extension, respectant les paumes et les plantes, et en partie le dos et l'abdomen ; les éléments éruptifs observés se ramènent à trois types : *a*) Taches ou plaques érythémateuses diffuses ; *b*) Hémorragies cutanées, pétéchies, taches purpuriques ; *c*) Vésicules et bulles, larges, tendues, rondes ou ovales, avec contenu hémorragique. Les pétéchies semblent marquer le début, et précéder les vésicules ; le contenu est productivement séreux et devient rapidement hématique.

Les cultures faites avec des prélèvements de liquide au niveau des vési-

cules de formation récente donne du streptocoque doré; pas d'éosinophilie ; cultures du sang stériles.

Pas de bulles sur les muqueuses, mais le pharynx et la bouche sont très secs, avec un épithélium en desquamation. Pas d'albuminurie.

Évolution grave avec véritable état typhoïdique. *Traitement* : calomel, arsenic, et injections de sérum antispectroscopique. Évolution vers la guérison avec pigmentations cutanées. G. PETGES.

Erythèmes.

Erythème annulaire consécutif à une piqûre d'insecte (Erythema annulare, entstanden durch Insektenstiche), par W. BALBAN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1911, t. 105, p. 423.

Il s'agit de cas comparables à ceux qui ont été décrits par Rosenbach et étudiés par Tavel sous le nom d'érysipéloïde. Dans le premier, il s'agit d'un homme de 22 ans qui présentait sur la peau de la jambe droite une sorte de huit formé de deux cercles inégaux, limité par un bord rose un peu saillant, et bleuâtre au centre et qui disparut en quelques jours. Dans un second cas, la lésion, beaucoup moins étendue, occupait la région métacarpienne et le dos des doigts. Enfin, chez un troisième malade, une lésion semblable s'était développée autour d'une piqûre d'insecte. Aucun de ces trois sujets n'était en contact avec la viande : on sait que d'après Rosenbach, l'érysipéloïde n'apparaît que chez les individus qui manient des viandes ou autres substances semblables. Il est vrai que les symptômes observés étaient un peu différents de ceux du syndrome de Rosenbach, le centre étant resté coloré en bleu livide.

On a pu reconnaître qu'il s'agissait d'un érythème toxique consécutif à une piqûre d'insecte. On doit rapprocher ces faits des accidents obtenus par l'injection sous cutanée de pyocyanase. B. pense que l'érythème observé par lui doit être séparé du véritable érysipéloïde de Rosenbach.

CH. AUDRY.

Érythème a calore ou livedo reticularis avec pigmentation (Erythema ab igne or livedo reticularis with pigmentation), par H. G. ADAMSON (*Royal Society of medecine*). *The British journal of dermatology,* février 1911, p. 48.

Un jeune homme, obligé de se tenir devant un feu vif, pendant des heures depuis des années, présente sur la face antérieure et latérale des jambes des plaques nettes, brunâtres, tirant sur le rouge-foncé, dont la coloration forme un réseau, effacé par la pression. Ce cas confirme la pathogénie de la stase veineuse; cet érythème devient dès lors fonction de la distribution anatomique des vaisseaux de la peau, selon les données de Renaut. G. PETGES.

Erythrodermie.

Sur l'érythrodermie desquamative des nouveau-nés (type de Leiner) [Ueber Erythrodermia desquamativa der Säuglinge (Leiners Krankheit)], par C. BECK. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1911, t. 106, p. 9.

B. a eu l'occasion de rencontrer 16 cas d'érythrodermie desquamative

des nourrissons de Leiner ; il ne croit pas comme ce dernier que la maladie soit d'origine autotoxique, ni qu'elle puisse être considérée comme spécifique, mais il la considère comme une dermatite généralisée qui, suivant ses localisations, présente un caractère tantôt squameux, tantôt séborrhéique et croûteux, tantôt simplement érythémateux ; elle s'accompagne d'une entérite qui présente des selles muqueuses vertes et grumelleuses, et les substances toxiques qui l'engendrent proviennent vraisemblablement du lait maternel. En effet, tous ses petits malades ont guéri quand on a remplacé le lait maternel par une nourriture artificielle. Les applications d'eucérine lui ont donné d'excellents résultats. Ch. Audry.

Ferments cutanés.

Sur les ferments de la peau (Zur Kenntnis der Fermente der Haut), par E. Meirowsky. *Centralblatt für allgemeine Pathologie und Pathologische Anatomie,* 1909, n° 7, t. XX, p. 301.

M. rappelle les recherches antérieures de Bertrand qui ont montré l'action d'une oxydase dans le brunissement du vernis laque. Bourquelot a montré que sous l'influence de fermentation, la tyrosine déterminait l'apparition de corps bruns. Enfin, d'autres observateurs ont étudié l'action de la tyrosinase sur la tyrosine, et de ses propres expériences (mélange de suprarénine, d'épirenan de tyrosine avec de l'extrait de peau de prépuce). M. conclut que non seulement dans le mélano-sarcome ou la poche de la sepia officinalis, mais encore dans la peau de l'homme et des animaux, il existe une oxydase qui agit comme oxydant, non sur la tyrosine, mais sur l'adrénaline et l'epirenan. Les recherches ultérieures montreront si ces données peuvent contribuer à expliquer la genèse du pigment cutané.

Ch. Audry.

Gangrène cutanée.

Un cas de gangrène symétrique idiopathique (Ein Fall von idiopathischer symmetrischer Hautgangrän), par E. Morzecki. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 108, p. 47.

Homme de 16 ans qui avait déjà présenté 2 ans auparavant des taches rouges et bleuâtres qui finirent par se cicatriser après avoir présenté un aspect semblable à celui des lésions actuelles. Celles-ci ont débuté 24 heures avant l'entrée à l'hôpital, avec de vives douleurs, par des taches bleues et livides. Les altérations occupent les 2 jambes sur tout leur pourtour ; elles affectent l'apparence d'un infiltrat hémorragique annulaire, entourant les jambes. Sur cet infiltrat se développèrent des plaques de gangrène sèche, une petite en arrière à droite ; une large en avant à gauche, une encore assez étendue, en arrière et à gauche. On n'a découvert aucune donnée pathogénique précoce. Pas de fièvre. Les escarres s'éliminèrent et les plaies se cicatrisèrent.

B. ne peut formuler aucune hypothèse permettant de définir exactement le cas présent. Ch. Audry.

Herpès circiné.

Notes sur l'herpès circiné (Some notes on tinea circinata), par Arthur Whitfield. *The British journal of dermatology,* février 1911, p. 35.

On ne doit pas faire le diagnostic d'eczéma aigu des mains et des pieds

sans le confirmer par l'examen microscopique. W. a déjà attiré en 1908 l'attention sur ces faits, étudiés très complètement par Sabouraud en 1910.

W. a récemment observé 7 nouveaux cas d'épidermophytie simulant l'eczéma aigu des mains et des pieds. Un examen histologique attentif lui a permis de trouver des champignons dans les squames.

Ces lésions parasitaires sont parfois d'une extraordinaire ténacité, mais cèdent malgré tout au traitement par la chrysarobine ou par les acides salicylique et benzoïque associés. Ces deux derniers médicaments en particulier sont d'un usage facile, inoffensif et efficace. W. les formule ainsi :

Huile de noix de coco.	80
Paraffine molle.	20
Acide benzoïque	5
Acide salicylique	3

et en obtient d'excellents résultats. G. Petges.

Hyperkératose.

Sur l'hyperkératose striée et folliculaire et le lichen ruber atypique (Ueber Hyperkeratosis striata et follicularis und Lichen ruber atypicus), par C. Bruck. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 106, p. 91.

Un homme de 43 ans a présenté il y a 8 ans les premiers symptômes de sa maladie actuelle sous forme d'élevures squameuses grosses comme une tête d'épingle, sur l'aile gauche du nez. Par la suite les éléments se sont multipliés et généralisés. Le cuir chevelu est sain, la face présente quelques nodules disséminés ; conjonctivite. Sur la poitrine, nombreux petits nodules, brun rouge, partant d'une squame adhérente invaginée, disposés parfois en cordon. Effervescences lichénoïdes sur le pénis. Sur les mains, les nodules affectent un caractère folliculaire, et se disposent en traînées hyperkératosiques. Les doigts, les orteils, les ongles, les paumes, les plantes, les muqueuses sont sains. Au microscope, tuméfaction des cellules épithéliales avec formation de perles et lésion cornée, hyperkératose habituellement en rapport avec les follicules, parakératose en évolution, formation de vacuoles à la limite du chorion et de l'épithélium. Ensuite, élargissement végétant des papilles, infiltration de la couche papillaire venant de la profondeur. Dilatation des fentes lymphatiques, altérations plus légères des vaisseaux sanguins. Dilatations kystiques des sudoripares.

B. rapproche ce fait des observations de Hebra et de Neisser, les assimile à la sienne, et les considère toutes trois comme une variété atypique, hyperkératosique de lichen ruber. Ch. Audry.

Un cas d'hyperkératose après emploi d'un « liniment » (Ein fall von Hyperkeratosis mit ausgedehnter Barkenbildung nach Anwendung eines « Einreibemittels »), par Otto Hess. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 26 janvier 1911, p. 163.

H. rapporte l'observation d'un malade qui se frictionnait tous les jours avec un liniment très populaire dans son pays. Au bout d'un certain temps la peau prit une coloration jaune, puis brune; sa consistance devint très dure ; elle se recouvrit de croûtes épaisses. Les lésions se généralisèrent à

tout le revêtement cutané. L'hyperkératose fut constatée histologiquement (atrophie papillaire et épaississement considérable de la couche cornée).

L. Spillmann.

Langue (affections de la).

Périadénite muqueuse, nécrotique récidivante (Periadenitis mucos necrotica recurrens), par R.-L. Sutton. *The journal of cutaneous diseases,* février 1911, p. 65.

Il s'agit d'une affection indéterminée, non décrite jusqu'ici, de la langue et de la muqueuse buccale, à tendance ulcéreuse, chronique, récidivante, nécrotique, observée sur un étudiant de 16 ans, dont les antécédents héréditaires sont entachés de tuberculose, ayant lui-même un lourd passé infectieux, mais non suspect de bacillose cliniquement appréciable.

Depuis la première enfance il a souffert de poussées inflammatoires spéciales de la langue et de la muqueuse buccale, revenant tous les quinze jours environ, sous la forme de nodules rouges gros comme des têtes d'épingles, s'ulcérant en trois ou quatre jours jusqu'au chorion, avec un aspect de chancre irrité, s'accompagnant de douleur locale, fièvre et réaction ganglionnaire correspondante, sans suppuration ni hémorragie, évoluant en huit jours environ, et aboutissant à une lésion de un demi à un centimètre de diamètre, laissant des cicatrices d'aspect leucoplasique.

Cette évolution ne paraît pas liée à l'action des aliments, ni de la mastication, et les lésions siègent aussi bien sur les bords et la face inférieure, que sur la face supérieure de la langue. Pendant les poussées, le malade devient irritable, agité, avec état saburral de la langue et fièvre ; au printemps les troubles sont plus accentués.

A l'examen on voit un sujet d'aspect sain et robuste, indemne de lésions organiques ; pas de troubles dentaires ; légères modifications de la formule hémoleucocytaire : grands monos 8,2 pour 100, formes de transition 3 pour 100, petits monos 21 pour 100, éosinophiles 4 pour 100, poly. 62 pour 100, mastzellen 1,7 pour 100 Séro-réaction de Wassermann Noguchi négative ; cuti-réaction à la tuberculine positive ; réaction fébrile sans réaction locale à 1 milligr. 5 de tuberculine de Koch. Pas de bacilles dans les lésions. Au moment de la description, il existe sous la langue, à gauche du frein, une ulcération cupulliforme, ronde, à bords nets, en pente abrupte, de 1 cm. 5 sur 6 centimètres ; la muqueuse de voisinage est enflammée ; le fond de l'ulcère est peu membraneux, blanc grisâtre, sans pus, ni hémorragie. Cette lésion est dure, sensible. Il existe de nombreuses cicatrices au voisinage.

L'examen histologique, très complet, met en évidence des lésions inflammatoires, avec nécrose superficielle, infiltration de cellules plasmatiques, de mono et polynucléaires, d'éosinophiles, tendant à infiltrer la périphérie des vaisseaux sanguins et lymphatiques, donnant l'impression d'une inflammation chronique. Papilles hypertrophiées, allongées, avec œdème du corps malpighien et hyperacanthose. Pas de cellules géantes, ni de caséification.

Inoculations au cobaye ou au lapin, rien de net.

Bactériologie : bacilles fusiformes et spirilles de Vincent, vite disparus

par le traitement, sans que les lésions guérissent ; staphylocoques, streptocoques, diplocoques analogues aux pneumocoques.

S. fait de ces lésions une forme probable de tuberculose non classée ; cette hypothèse ne satisfait guère. G. PETGES.

Rapports et signification de l'atrophie lisse (ou indurée) de la base de la langue (The incidence and significance of Smooth (or indurative) atrophy of the base of the tongue), par DOUGLAS SYMMERS. *The american journal of the medical sciences,* décembre 1910, p. 859.

L'hyperplasie du tissu lymphoïde de la base de la langue est fréquente dans la syphilis secondaire ; elle précède souvent l'atrophie des follicules lymphoïdes, avec sclérose conjonctive de compensation, aboutissant à encercler un certain nombre de glandes muqueuses et de faisceaux musculaires.

L'évolution de ces processus aboutit à l'atrophie lisse : cette pathogénie diffère de celle donnée par Lewin et Heller, qui la considèrent comme le résultat de la guérison d'une gomme ulcérée.

S. admet que c'est une affection d'origine syphilitique. L'état lisse de la base de la langue se rencontre souvent chez les vieillards, cachectiques et anémiques, mais ici il n'existe pas l'induration particulière liée à l'hyperplasie conjonctive.

Pour établir le diagnostic d'atrophie lisse et indurée, l'examen sera fait non seulement par la vue mais par le doigt. G. PETGES.

Leucémie (manifestations cutanées de la).

Sur un exanthème particulier à l'anémie pseudo-leucémique des enfants (Über ein eigentümliches Exanthem bei Anemia pseudoleucemica Infantum), par F. JULIUSBERG. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 106, p. 303.

Enfant de 11 mois, pâle et maigre, dont les aisselles, les aines et la région sous-maxillaire sont remplies de ganglions.

Il présente sur le ventre, en avant, 3 efflorescences rondes, larges de 0,03, formé d'un centre déprimé, d'un rouge bleuâtre, entouré d'un anneau ferme, un peu épaissi, de couleur acajou.

Un certain nombre d'éléments semblables sont disséminés sur la peau du tronc. 1 330 000 globules rouges pour 9 000 leucocytes. Il y avait en tout sept efflorescences isolées, en forme d'élevures néoplasiques pourprées qui s'étendaient rapidement par la périphérie, en même temps qu'il se produisait des phénomènes de régression.

Au microscope, la néoplasie était constituée par une effusion abondante dans le chorion et l'épithélium de globules rouges, tandis qu'au centre, il se produisait des altérations régressives et de la destruction de l'épithélium. Dans la profondeur, apparaissait ultérieurement une infiltration spéciale, qui ne répondait pas au type habituel des infiltrats leucémiques, mais qui contenait des lymphocytes et des produits de désintégration cellulaire. Ch. AUDRY.

Leucoplasie.

Leucoplasie du prépuce (Leukoplakia preputii), par J. HELLER. *Dermatologische Zeitschrift,* 1911, t. 18, p. 666.

Observation prise sur un homme de 26 ans, porteur d'un phimosis congénital qui avait la chaudepisse et la syphilis.

Rien de particulier si ce n'est que, dans l'examen histologique, H. remarque avec insistance un état des vaisseaux sanguins anormal par leur ectasie.

H. se demande si cette ectasie limitée à une zone leucoplasique a joué un rôle dans son établissement. Ch. Audry.

Lichen annulaire.

Lichen Annularis (Lichen annularis), par H. Rockwell Varney et R.-C. Jamieson. *The journal of cutaneous diseases,* janvier 1911, p. 21.

Femme de 34 ans, de belle santé, ayant éprouvé 3 ans auparavant une violente frayeur, à la suite d'un accident de cheval, qui l'obligea à garder le lit durant six semaines. Cinq mois après ce shock nerveux, apparurent des lésions circinées de lichen sur un coude et un genou, débutant par de petites papules ou des nodules, à accroissement périphérique excentrique, laissant une zone centrale de peau saine, sans prurit ni squames. Ces lésions sont plus pigmentaires qu'inflammatoires, de teinte violacée, et durent depuis deux ans et demi environ, sans tendance à disparaître.

Lichen annulaire probable (bonne photographie démonstrative).

G. Petges.

Lichen plan annulaire avec taches pigmentaires chez un psoriasique (Ein Fall von Lichen planus annularis mit vorhergehenden Pigmentflecken bei einem Psoriatiker), par N. La Mensa.

Un homme de 38 ans est psoriasique depuis 4 ans. Il porte en outre sur la région temporale, devant l'oreille, sur le cou, etc., etc., des territoires annulaires circonscrits par un bord étroit, ferme, rouge, et des taches pigmentées grises qui ont parfois des rapports de contiguïté avec les précédentes lésions. Histologiquement, comme cliniquement, il s'agit d'éléments de lichen plan annulaire ; il faut remarquer l'apparition de ce lichen plan chez un psoriasique, la forme annulaire de ce dernier et le fait que le lichen représente le début des taches pigmentées. Ch. Audry.

Lichen plan.

Lichen plan généralisé (Lichen planus universalis (Two cases), par Lupowski. *New-York academy of medicine, section on dermatology,* mars 1910. *The journal of cutaneous diseases,* février 1911, p. 99.

Cas relatifs à deux femmes atteintes de lichen plan généralisé, présentés pour souligner la difficulté du diagnostic de la papule de lichen plan avec la papule de pseudo-lichen syphilitique au début. G. Petges.

Molluscum contagiosum.

Nouvelles recherches sur le molluscum contagiosum (Weitere Beiträge zur Kenntnis der Molluscum contagiosum), par Lipschutz. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 107, p. 387.

L. rappelle ses travaux antérieurs sur la question. A partir de la troisième couche cellulaire, on trouve dans l'intérieur des éléments cellulaires une foule de granulations colorables par le Giemsa, et qu'il considère comme assimilables aux chlamydozoaires décrits dans le trachome, la

variole, etc. Ces grains représentent des parasites, ils sont d'ailleurs susceptibles de subir une dégénérescence cornée.

Le virus du molluscum contagiosum ne paraît pas avoir été inoculé aux animaux.

Quant aux produits réactionnels des tissus que détermine le virus, ce sont : les substances nucléaires pyroninophiles que l'on trouve dans le protoplasma des cellules épineuses détruites, et le corpuscule de molluscum, bien connu depuis Handerson et Paterson.

Ces deux variétés de dégénérescence sont indépendantes l'une de l'autre. Le corpuscule de molluscum apparaît dans les plans superficiels et résulte d'une localisation modérée des soi-disant inclusions; le processus est comparable à celui qui aboutit au corpuscule de Negri dans le système nerveux des sujets atteints de rage.

Enfin L. propose d'appeler le parasite du molluscum : strongyloplasma hominis. Ch. AUDRY.

Neurofibromatose.

Fibromolluscum ou neurofibromatose généralisée (Fibroma molluscum, or universal neurofibromatosis), par A. RAVOGLI. *The journal of cutaneous diseases,* février 1911, p. 71.

Observation avec examen microscopique, et revue générale du sujet, sans faits nouveaux. G. PETGES.

Relation d'un cas de neurofibromatose multiple avec une revue du sujet, d'après 262 cas relatés dans la littérature (Report of a case of multiple neurofibromata, with a review of the subject, based on 262 cases reported in the literature), par D. FRIEDLANDER. *The journal of cutaneous diseases,* octobre 1910, p. 497.

Un jeune homme de 25 ans, rachitique, est porteur de 600 à 700 tumeurs, rouges violacées, variant de la grosseur d'un pois à celle d'un œuf de pigeon, disséminées sur la face, les membres et le tronc, respectant la paume des mains, la plante des pieds et les muqueuses apparentes. En outre il présente de nombreuses plaques fauves sur tout le corps, et des plaques de leucodermie sur la nuque et les épaules.

A propos de ce cas F. cite les observations publiées et analyse les symptômes et lésions déjà signalés.

Aucun fait nouveau. G. PETGES.

Un cas de nævus du type Pringle avec neurofibromatose [Ein Fall von Nævus Pringle und Neurofibromatosis (v. Recklinghausen)], par A. HINTZ. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 106, p. 277.

Une femme de 27 ans, syphilitique, présente outre les altérations typiques d'un soi disant adénome sébacé du type Pringle, des tumeurs molluscoïdes et pigmentées du cou, des taches pigmentées du dos, de la scoliose, de la débilité intellectuelle.

Au microscope, les nodules de la face sont formés de tissu fibro-conjonctif, avec des traces d'inflammation et quelques glandes sébacées normales. Les lésions du cou sont des fibromes purs avec un peu d'infiltration périvasculaire.

Ainsi, chez le même sujet, lésions de nævus de Pringle et de neurofibromatose.

(H. s'en tient à la relation de son cas, et ne paraît pas savoir que cette question a été déjà agitée.) Ch. AUDRY.

Nodosités sous-cutanées.

Nodosités juxta-articulaires dans l'île de Fernando-Po (« Nudositates yuxta-articulares » en la Isla de Fernando Póo), par G. PITTALUGA. *Revista Clinica de Madrid,* 15 mars 1911, n° 6, p. 216.

Cette maladie propre aux adultes porte dans le pays le nom de majama ou mahama. Elle consiste en tuméfactions plus ou moins intenses, pouvant atteindre le volume d'une noix, douloureuses au début, peu résistantes, se développant sans phénomènes thermiques. Leur évolution dure trois mois avec poussées incessantes. La peau est à leur niveau légèrement achromique.

P. ne peut malheureusement donner d'examen histologique. Dans le sang, il a constaté outre une éosinophilie assez marquée (19 et 48 pour 100) de nombreux embryons de Filaria perstans. Néanmoins il estime que l'analogie clinique de ces lésions permet de les assimiler aux nodosités juxta-articulaires dues au Discomyces Carougeani qui ont été observées sur différents points du sol africain. PELLIER.

Nævus.

Examen histologique de deux cas de nævus linéaire verruqueux généralisé (Histologischer Befund zweier Fälle von Nævus linearis verrucosus generalisatus d. Nævus linearis), par MENAHEM HODARA. *Monatshefte für praktische Dermatologie,* 1911, t. 52, p. 339.

Deux observations recueillies chez une jeune fille et un jeune homme. Histologiquement, il existait des altérations inflammatoires du derme : dilatation de tous les vaisseaux sanguins dont la paroi présente des cellules hypertrophiées et proliférées ; manchons d'infiltration périvasculaire ; hypertrophie et prolifération des cellules conjonctives, surtout dans la papille et la couche sous-papillaire ; dilatation presque variqueuse des lymphatiques, œdème, hypertrophie et allongement des papilles. Ces altérations inflammatoires sont d'autant plus prononcées que les saillies verruqueuses sont plus allongées, plus papillomateuses. Dans l'épiderme : hypertrophie de la couche épineuse ; œdème intracellulaire ; hyperplasie de la couche cornée et de la couche granuleuse.

Tout porte à croire que les altérations initiales ont pour théâtre les vaisseaux sanguins, les lésions épithéliales se produisant secondairement ; l'inflammation du derme représentant la lésion principale, et la formation verruqueuse un processus secondaire. Ch. AUDRY.

Œdèmes cutanés.

Trophœdème des membres supérieurs ayant débuté à la ménopause, par A. BAUER et DESDOUIS. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière,* juillet 1910, p. 426.

Femme de 58 ans, ayant vu se développer progressivement depuis une douzaine d'années un gonflement considérable du dos des mains, des poi-

gnets et des avant-bras ; la peau est lisse, rosée, tendue, mais il est facile d'y imprimer un godet. A droite, l'œdème n'occupe que la partie tout à fait inférieure de l'avant-bras ; à gauche, il s'arrête d'une façon assez précise au niveau du coude.

Pas de phénomènes douloureux, pas de crises d'asphyxie locale.

Le début a coïncidé avec les premières irrégularités menstruelles ; les premières lésions ont occupé la main gauche. G. THIBIERGE.

Paget (maladie de).

Maladie de Paget du mamelon et cancer du sein, par L. DANEL. *Journal des Sciences médicales de Lille,* n° 17, 29 avril 1911.

Femme de 49 ans. Début de l'affection il y a 6 ans. Dégénérescence cancéreuse de la mamelle deux ans après et, presque en même temps, propagation à l'aisselle. Au niveau de la peau, la lésion était encore, au moment de l'opération, remarquablement minime et peu significative : elle n'occupait même pas le mamelon en entier.

L'auteur insiste sur la nécessité d'un diagnostic précoce. Penser à la maladie de Paget moins rare qu'on ne croit et, pour peu qu'il y ait possibilité clinique, pratiquer l'examen microscopique des squames. Cela est d'une importance capitale pour une affection étroitement apparentée aux néoplasies malignes. Savoir se résigner sans trop tarder à une amputation large. P. R.

Parapsoriasis.

Sur la clinique et le diagnostic du parapsoriasis en plaques (Brocq) (Zur Klinik und Diagnoses der Parapsoriasis en plaques [Brocq]), par BOGROW. *Dermatologische Zeitschrift,* 1911, t. 18, n. 2, p. 137.

Après un bref aperçu sur les travaux antérieurs consacrés à cette question depuis la mémoire de Brocq, B. donne l'observation d'une femme de 52 ans qui compte dans ses antécédents une extirpation de l'utérus pour fibrome.

La dermatose remonte à l'âge de 12 ans ; elle a toujours été représentée par des taches rondes, squameuses et rouges, ni douloureuses, ni prurigineuses. Les taches sont rondes ou ovales, bien circonscrites, non infiltrées. Les plus grandes atteignent 0,12 de diamètre ; la peau est tout à fait normale entre les placards, mais semée toutefois de petites taches atrophiques. Il n'existe aucune anomalie viscérale ou circulatoire. Wassermann et Pirquet négatifs.

Au microscope, hypertrophie papillaire, épaississement de l'épiderme occupant le centre de la plaque, légère infiltration inflammatoire sous-épithéliale. Ces lésions se retrouvent semblables, mais plus accentuées sur les marges des plaques.

Amélioration par les pommades pyrogallées.

B. différencie le cas des psoriasis, du pityriasis rosé (marche), du mycosis fongoïde (prurit), des atrophies cutanées essentielles ou secondaires, de la lèpre, etc. Il ne s'agit pas non plus de pityriasis rubra de Hebra malin. On ne peut pas l'assimiler aux formes subaiguës de ce même pityriasis rubra.

Maintenant il s'agit peut-être d'une forme chronique mal connue de pityriasis rubra. Ch. AUDRY.

Sur les rapports des parapsoriasis en gouttes avec la maladie de Brocq (Ueber die Beziehungen der Parapsoriasis en gouttes zu der Brocqschen Krankheit), par F. Heller. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 108, p. 71.

H. commence par rappeler et résumer le travail de Brocq de 1902 sur les parapsoriasis et les trois variétés qu'il y réunit ; il rappelle à ce sujet la critique de Torök, et celles de Arndt, le travail de Bucek, etc. Il donne ensuite 4 observations. Les 3 premières répondent au parapsoriasis en gouttes. I. Observation d'un garçon de 12 ans dont la maladie a débuté 6 ans auparavant, qui présente une éruption papulo-squameuse disséminée, brun jaunâtre, disséminée ou groupée, à éclat lichénoïde, à sommet parfois lisse, parfois déprimé au centre. II. Observation d'une fille de 18 ans, présentant outre des éléments éruptifs semblables aux précédents des macules brunes. III. Homme de 33 ans, semblable aux précédents. Il n'y avait de prurit dans aucun de ces 3 faits.

L'observation IV, prise chez un homme de 34 ans, représente exactement l'aspect de l'érythrodermie en placards disséminés, troisième variété des parapsoriasis, celle que Arndt a nommée maladie de Brocq.

L'examen microscopique de l'observation III indique de l'épaississement de toutes les couches épidermiques, des lymphocytes entre les cellules de la basale, des lésions très minimes (légère infiltration) du derme, une couche papillaire faiblement enflammée.

L'examen histologique de l'observation IV diffère par l'œdème intra-épithélial qui faisait défaut dans la pièce précédente, et par l'état parakératosique.

H. rappelle à ce sujet un certain nombre de cas de pityriasis chronica lichenoïde (parapsoriasis en gouttes) publiés. Il juge impossible de les réunir de très près avec la maladie de Brocq ; celle-ci ne présente ni les papules, ni les macules du pityriasis lichénoïde. D'autre part, la parakeratosis variega (d'Unna, Santi, Pollitzer) se distingue aussi très énergiquement. Il s'ensuit que la synthèse opérée par Brocq sous le nom de parapsoriasis ne paraît pas définitive.

(H. ignore la thèse de Civatte.) Ch. Audry.

Pellagre.

Pellagre ; revue rapide de son étiologie, et relation d'un cas observé à New-York (Pellagra; a brief review of the theories of its causation, with the report of a case occurring in New-York city), par J. Collins et L. Sheldon. *Medical record,* 7 janvier 1911, p. 9.

Relation d'un cas typique chez une malade originaire de la région de New-York, et habitant cette ville depuis 6 ans ; de cause indéterminée.

G. Petges.

Pemphigus.

Y a-t-il des anomalies d'élimination du chlorure de sodium dans le pemphigus ? (Liegen beim Pemphigus Störungen der Kochsalzausscheidung vor ?), par G. Stumpke. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 108, p. 467.

Cassaët et Michelen ont dit que le pemphigus s'accompagnait de réten-

tion chlorurée sodique. Baumer a fait diverses objections à leurs observations, mais en a observé dans un de ses cas. S. donne une observation recueillie chez une femme de 54 ans, où il a noté des alternatives d'élimination chlorurée sodique, successivement normale, diminuée ou augmentée.

En somme, ces anomalies d'élimination chlorurée sodique sont celles qui peuvent s'observer dans toutes les intoxications chroniques de ce genre.

Ch. Audry.

Pemphigus foliacé.

Considérations sur un nouveau cas de pemphigus foliacé (A further case of pemphigus foliaceus, with remarks), par R. Cranston Low. *The British journal of Dermatology*, janvier 1911, p. 1.

Aux cas personnels précédemment rapportés dans le même journal L. ajoute une nouvelle observation. Il rappelle un de ses malades dont l'état reste stationnaire et chez lequel il n'a pu mettre en évidence le bacille pyocyanique. Un second, très notablement amélioré, a présenté, depuis, une poussée de dermatite herpétiforme. Le nouveau malade étudié a commencé par présenter de la dermatite herpétiforme, avec éosinophilie, avant d'arriver au pemphigus foliacé. Le liquide des bulles, le sang contenaient du bacille pyocyanique : le mode de début et la bactériologie de ce cas le rendent donc très intéressant.

A ce sujet l'auteur souligne les difficultés du diagnostic de certaines dermatites herpétiformes évoluant vers le pemphigus. Il rappelle les travaux de Hagen, qui en 1910 a obtenu des cultures de pyocyanique dans le pemphigus foliacé : il n'en accepte d'ailleurs pas les conclusions pathogéniques.

Ces faits n'en sont pas moins curieux pour ceux qui, comme nous, ont trouvé antérieurement le bacille pyocyanique dans le sang de malades atteints de pemphigus bulleux vrai. G. Petges.

Pemphigus végétant.

Étude historique, clinique et histologique du pemphigus végétant (Ueber Pemphigus vegetans. Eine historische, klinische und histologische Studie), par C. Cronquist. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1911, t. 106, p. 143.

Revue générale à propos d'un cas de pemphigus végétant typique, avec lésions de la muqueuse buccale, observé chez un homme de 59 ans, chez lequel la réaction de Wassermann fut positive. Le malade guérit. C. croit que les altérations du tissu conjonctif jouent un rôle initial et que les phénomènes épithéliaux sont secondaires et passifs. Les soi-disant abcès rencontrés dans l'épaisseur de l'épithélium ne sont que des dilatations intercellulaires, qui deviennent lacunaires et s'emplissent de leucocytes.

L'examen histologique des végétations les a montrées formées d'une infiltration cellulaire intense, sans tissu élastique ni glande, recouvertes d'un mince revêtement épidermique et parcourues par de nombreuses colonnes épithéliales qui plongent profondément et irrégulièrement. Parfois, les papilles considérablement allongées et compliquées arrivent à perforer le revêtement épidermique. La plupart de ces papilles contiennent un ou plusieurs vaisseaux sanguins.

Bonne bibliographie. Ch. Audry.

Phlébites cutanées.

Les maladies des petites veines cutanées dans leurs rapports avec les maladies de la peau (Die Erkrankungen der kleinen Hautvenen in ihren Beziehungen zu Hautkrankheiten), par Philipson. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 105, p. 387.

P. insiste sur l'importance qu'il faut attribuer aux altérations inflammatoires des petites veines de la peau au cours d'un grand nombre de dermatoses, importance sur laquelle il insiste depuis plusieurs années. Les microphlébites veineuses déterminent des aires d'inflammation qui se traduisent cliniquement par les soi-disant érythèmes. Toutes les variétés, tous les degrés d'inflammation s'y présentent, avec les dispositions histologiques bien connues; y compris les diverses étapes du thrombus veineux. Le processus d'origine embolique joue un rôle capital dans la constitution des territoires disséminés d'inflammations disposés en nodules « granulomateux » où la lésion phlébitique (endophlébite oblitérante) et périphlébitique joue un rôle actif; des phénomènes de même ordre ne s'observent pas seulement dans les infections bactériennes aiguës, mais encore au cours de processus chroniques tels que ceux de la syphilis, de la lèpre, de la tuberculose. Il n'est pas facile d'interpréter le sort des agents bactériens des embolies; peut-être faut-il admettre que dans certains cas les microbes sont bactériolysés, et alors, se réalisent des processus d'inflammation et de nécrose; au contraire s'il y a survie des microbes, les bacilles passent dans les tissus et y déterminent un travail de granulation.

P. donne à la suite de son travail 30 microphotographies destinées à reproduire autant d'exemples histologiques d'altérations phlébitiques découvertes dans la peau consécutivement à des infections aiguës, à des localisations tuberculeuses syphilitiques, et même sarcomateuses, et il ajoute une courte description histologique de chacune d'entre elles. Ch. Audry.

Pigment cutané.

Sur le pigment de la peau humaine (Beiträge zur Kenntnis der menschlichen Hautpigmentierung), par V. Tanaka. *Wiener klinische Wochenschrift,* 1911, n° 14, p. 479.

T. a étudié la pigmentation sur la peau de l'embryon, de nouveau-nés (au niveau de la tache sacrée), de l'adulte sain, d'éphélide, de tégument addisonien, de nævi pigmentaires. Il conclut que cellules épithéliales et cellules conjonctives peuvent fabriquer du pigment simultanément et indépendamment. Les cellules pigmentées ramifiées intraépidermiques sont d'origine épithéliale. Les rapports entre la pigmentation épithéliale et la pigmentation conjonctive sont variables. Quand il se produit une hyperchromie épithéliale, celle qui s'effectue dans le derme est insignifiante. Le pigment épithélial en excès est transporté dans le derme, et il est importé par les voies lymphatiques. Les chromatophores du derme n'ont rien à faire avec la pigmentation épithéliale; un certain nombre devant être considérées comme des cellules conjonctives absorbant le pigment expulsé.

Ch. Audry.

Recherches sur la pigmentation post mortem (Ein Beitrag zu Ver-

suchen über post mortale Pigmentbildung), par R. WINTERNITZ. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 107, p. 293.

W. s'est proposé d'étudier les phénomènes de brunissement qui se produisent sur la peau, après la mort, et sur lesquels Meirovsky a attiré l'attention.

W. a d'abord remarqué qu'il se produit bien une augmentation de pigment, mais bien moindre que ne le ferait supposer l'intensité du brunissement, l'état ridé du tégument jouant un grand rôle dans cette teinte (expériences sur la peau chauffée post mortem ; rôle du dessèchement). En tous cas, hyperchromie et état ridé progressent parallèlement.

Si la peau est traitée par les oxydants et les réducteurs peu concentrés, cette coloration post mortem n'est pas entravée.

Dans la peau du lapin, on trouve souvent une substance semblable à l'adrénaline. Ch. AUDRY.

Hyperkératose et hyperpigmentation (Hyperkeratose und hyperpigmentation), par KYRLE. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1910, t. 104, p. 413.

Il s'agit de deux cas d'ichtyose présentant une teinte noire d'une intensité proportionnelle aux différents degrés d'hyperkératose locale. Dans l'un d'entre eux, la biopsie montra, en dehors des souillures englobées dans les couches cornées, une hyperpigmentation notable.

Une deuxième biopsie, pratiquée sur le même sujet en un point d'aspect identique, mais après une semaine de bains et d'onctions, mit en évidence une diminution très marquée de l'hyperpigmentation observée dans le premier examen.

De là deux hypothèses : les deux phénomènes hyperpigmentation et hyperkératose sont-ils coordonnés ou subordonnés ? La première s'expliquerait assez facilement par un trouble général des fonctions se traduisant par l'ichtyose..... A l'appui de la seconde, il est au contraire peu aisé de soutenir que l'hyperkératose détermina l'hyperpigmentation par pression ; vis-à-vis de la lumière elle semble jouer plutôt un rôle protecteur et considéré ainsi tendrait plutôt à favoriser le phénomène inverse. PELLIER.

Sur l'origine du pigment mélanotique de la peau (Ueber die Entstehung des melanotischen Hautpigments), par KREIBICH. *Wiener klinische Wochenschrift,* 1911, n. 4, p. 117.

K. a étudié des végétations de pemphigus végétant fortement pigmentées par l'administration du Salvarsan. Il distingue avec Meirowsky les chromatophores et les mélanoblastes. Dans ces derniers, il a vu des cristaux de lipoïdes colorés par le sudan III, etc., un peu plus grands que des bacilles de Koch, qui prennent une teinte brune et se transforment en pigment. On ne trouve ces formations que dans les mélanoblastes qui semblent acquérir la fonction de produire une substance lipoïde étroitement liée à la genèse du pigment. Ch. AUDRY.

Pityriasis versicolor.

Un cas anormal de Pityriasis versicolor (An unusual case of Tinea versicolor), par E.-L. MC EWEN. *The Journal of cutaneous diseases,* janvier 1911, p. 19.

Un homme de 27 ans, atteint de tuberculose pulmonaire au début, est porteur depuis douze ans d'une éruption vue par plusieurs médecins, diagnostiquée syphilis par l'un d'eux ; elle n'a jamais disparu, et ne s'accompagne d'aucun symptôme subjectif. Elle siège, sur le dos, des épaules aux fesses, la poitrine, l'abdomen, les creux sous-axillaires ; le bras et les avant-bras ; par endroits elle est très typique : ce sont des placards unis, réguliers, bruns, furfuracés ; entre eux et sur les autres régions atteintes, surtout sur le dos, on voit des papules discrètes, unies, aplaties, rouge brun, du volume d'un grain de chènevis à celui d'un demi-pois, placées autour des follicules et souvent centrées par un poil, de relief net, visible à l'œil, perceptible au toucher ; la peau est saine entre ces papules. Cette éruption rappelle une réaction folliculaire avec lichénification, et surtout le pityriasis rubra pilaire. Toutefois ces papules sont modifiées par la curette, elles siègent sur une peau pâle, et elles contiennent des quantités de microsporon furfur à l'examen microscopique.

Les cas analogues sont très rares, peu connus, et de diagnostic très difficile sans le secours du microscope. G. Petges.

Psoriasis.

Sur les variétés atypiques de psoriasis (Ueber atypische Psoriasisformen), par R. Volk. *Wiener klinische Wochenschrift,* 1911, nº 34, p. 1207 et 1243.

Bonne revue d'ensemble où V. étudie successivement les psoriasis atypiques par leurs localisations (ongle, muqueuse, etc.), par leur ordonnance (psoriasis à petits cercles), et les psoriasis empruntant les apparences d'autres dermatoses (ichtyose, séborrhée, lichen plan, syphilis), s'accompagnant d'anomalies pigmentaires (leucodermie, etc.).

Il considère les variétés exsudatives comme des psoriasis atypiques et non comme des psoriasis compliqués, ainsi que les psoriasis verruqueux et papillomateux. De même, il range parmi les psoriasis atypiques les grands psoriasis pustuleux et exfoliants graves. Ch. Audry.

Sclérodermie.

Sclérodermie avec hémiatrophie faciale (Sklerodermie mit Hemiatrophia facialis), par A. Afzelius. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 106, p. 3.

Femme de 20 ans, dont la maladie a débuté sur la paroi abdominale, à l'âge de 5 ans. A ce moment, elle présente, outre des surfaces sclérodermiques de la cuisse et de l'épaule gauche, une hémiatrophie faciale gauche dont le commencement remonte à 2 années. Les lésions sont limitées au côté gauche du corps, ce qui est singulier ; et l'association de l'hémiatrophie faciale représente aussi une complication très singulière.

On peut en induire une origine trophoneurotique de la sclérodermie qui aurait ici une origine centrale. Ch. Audry.

Un cas de sclérodermie avec ulcère calleux rebelle des jambes, très amélioré par des frictions mercurielles (A case of scleroderma with obstinate callous ulcers on the legs, greatly improving under mercurial inunction), par A. Winkelried-Williams. *The British journal of dermatology,* novembre 1910, p. 361.

Un adulte ressent tout d'abord à l'occasion des contractions musculaires, des douleurs articulaires et musculaires, qui se prolongent pendant des heures et surviennent par crises répétées.

Les membres inférieurs et supérieurs sont atteints en grande partie de sclérodermie, limitée par une bordure télangiectasique. En l'absence de toute cause, et d'un traitement efficace, il est fait des frictions mercurielles, qui entraînent une amélioration nette et rapide. La séroréaction de Wassermann n'a pu être faite. G. Petges.

Sclérodermie, par Bonnet et Dufourt. *Société médicale des hôpitaux de Lyon,* 29 novembre 1910. *Lyon médical,* 8 janvier 1911, p. 78.

Cas de sclérodermie œdémateuse étendue à tout le corps, mais surtout à la face, au cou et aux membres, recouverte par des téguments épaissis et indurés. Cette induration était assez marquée pour limiter les mouvements et brider les articulations.

Bien que la malade ne présente pas de lésions actuellement appréciables du corps thyroïde, on institua cependant le traitement thyroïdien.

Le résultat fut remarquable comme effet et comme rapidité. L'amélioration continue régulièrement, et la malade est maintenant, c'est-à-dire quatre mois après le début du traitement, à peu près guérie. M. Carle.

Envahissement de l'appareil urogénital dans un cas de sclérodermie (Betheiligung der Urogenital-apparates bei einem Fall von Sklerodermie), par G. Ehrenberg. *Berliner klinische Wochenschrift,* 1911, n° 30, p. 1382.

Il s'agit d'une femme de 51 ans atteinte depuis 8 ans de sclérodermie généralisée avec syndrome de Maurice Raynaud ; sclérodactylie, etc.

De chaque côté des fesses, au niveau de la saillie ischiatique, on voyait des saillies en forme de tumeur. La muqueuse buccale et nasale était envahie. La vulve offrait l'aspect habituel du kraurosis vulvæ (atrophie des petites lèvres, etc.). La muqueuse vésicale était atrophiée, bleuâtre, infiltrée par points. Mêmes altérations atrophiques au niveau des orifices des uretères, etc.

La contenance vésicale, d'abord de 250 grammes, descendit au-dessous de 200.

L'examen histologique mit en évidence les lésions classiques : disparition du collagène, atrophie de l'épiderme et des glandes, hyperplasie élastique, etc.

La malade souffrait beaucoup de ténesme vésical, de douleur en urinant, de polyurie, etc. Le traitement ne donna guère de résultat. Ch. Audry.

Deux cas de morphée de la région nasofrontale, avec commentaires (Two cases of frontonasal morphæa, with remarks), par J.-H. Sequeira. *The British journal of dermatology,* février 1911, p. 40.

Il s'agit de cas exceptionnels observés presque en même temps : deux malades, une enfant de 7 ans et une femme de 60 ans, présentent une bande de sclérodermie s'étendant depuis le milieu du nez jusque dans la région frontale du cuir chevelu, y entraînant une bande alopécique. Ces malades ont des antécédents héréditaires tuberculeux et ont présenté des placards de lupus dans l'enfance. Elles n'ont aucun trouble thyroïdien, aucun signe de névrite périphérique.

S. conclut de l'analyse de ces cas intéressants : la morphée est vraisemblablement d'origine nerveuse ganglionnaire centrale, par action vasomotrice ou trophique, de cause toxique ou bactérienne : elle peut se classer dans le groupe des affections nerveuses du type de la paralysie infantile ou de l'herpès zoster. G. PETGES.

Tumeurs cutanées diverses.

Sarcomes cutanés multiples idiopathiques avec métastases osseuses (Multiples idiopathisches Hautsarkom mit Knochenmetastasen), par S. v. ZUMBUSCH. *Archiv für Dermalologie und Syphilis,* 1911, t. 107, p. 329.

Observation d'un homme de 70 ans chez lequel la maladie a débuté 10 ans auparavant, après un traumatisme du pied. Des taches brunes se développèrent d'abord sur le pied droit, puis sur la jambe et ensuite sur les mains et l'oreille. Neumann diagnostica une sarcomatose.

Actuellement, nombreuses taches brunes. Epaississement verruqueux de la peau entre les orteils et sur le dos du pied. Nodules disséminés roses, livides, etc. Taches pigmentifères sur les mains. Pas d'adénites.

Au microscope, sarcomatose du type Kaposi.

On s'aperçoit que les os du pied gauche présentent des épaississements nodulaires, bien circonscrits, bien apparents sur une radiographie.

Les cas de généralisation osseuse de la sarcomatose de Kaposi sont très rares, surtout si l'on considère l'individualité des nodules osseux ; dans le petit nombre des cas publiés auparavant, il s'agissait d'envahissement en masse du pied, infiltré dans tous ses tissus. Ch. AUDRY.

Sur le myome malin de la peau (Zur Kenntnis des destruierenden Myome der Haut), par Fr. HAYN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 105, p. 210.

Après une courte introduction sur les myomes bénins de la peau, H. étudie une tumeur grosse comme un œuf de pigeon, érodée, molle, hémisphérique, rouge brun, développée depuis 2 ans sur la joue d'une femme de 67 ans. Il donne un examen histologique détaillé, qu'il résume en disant qu'il s'agit d'une néoplasie à point de départ indéterminé, mais dont les couches périphériques offrent une structure myomateuse pure, tandis qu'au centre, les éléments constitutifs du tissu ont perdu tout caractère régulier dans leur ordonnance ou dans leur forme, et ont subi un bouleversement complet de leurs propriétés biologiques. Cette perturbation totale jointe à la destruction du tissu interstitiel et à l'envahissement végétatif du tissu néoplasique à l'intérieur des vaisseaux sanguins et dans l'hypoderme indique un caractère de malignité.

Devic et Gallavardin ont publié un cas comparable, mais différent.

La seconde partie du mémoire est consacrée à l'étude, à la discussion des variétés diverses de myomes malins et de myosarcomes. H. conclut qu'on peut les diviser en 1° myosarcomes, qui sont des tumeurs mixtes avec genèse de sarcome endomyomateux ou ectomyomateux de mauvaises natures ;

2° myomes proprement dits, c'est-à-dire tumeurs à structure uniforme comprenant : α) des *myomes malins*, à structure peu ou pas différente du myome ordinaire normal, et dont la malignité s'accuse par un développe-

ment destructeur et par la généralisation, et β) des *myomes* sarcomateux qui sont malins non seulement par leur marche, mais encore par leurs éléments cellulaires ; du reste il peut exister des cas de passage entre les deux formes ; quant à l'observation de H. elle rentre dans les myomes sarcormateux. Ch. Audry.

Sur les dermatomyomes multiples (Ein Beitrag zur Kenntnis der multiplen Dermatomyome) (Kutismyome), par E. Kretzmer. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1911, t. 107, p. 379.

Observation recueillie sur un mineur italien de 44 ans. Le début de la maladie remontait à l'âge de 12 ans. Il existait dans le dos, le long de la huitième côte, jusqu'à la ligne axillaire, un semis linéaire de petites tumeurs sous-cutanées, ovales, aplaties, sans modification de l'épiderme ; une de ces tumeurs isolée et saillante était grosse comme une noisette, un peu douloureuse : cette douleur était insupportable si on serrait la tumeur entre deux doigts.

Excision : guérison.

Au microscope, néoplasme formé de fibres musculaires lisses, semées de fibres élastiques dans les petites tumeurs, mais à peu près privées de celles-ci dans la grosse.

On voit, du pôle inférieur d'une glande sébacée un faisceau musculaire venir se perdre dans le tissu même néoplasique. En d'autres points, on voyait clairement des fibres musculaires partir des sudoripares et se continuer avec les faisceaux musculaires des tumeurs. Ici l'origine aux dépens des arrecteurs et de la musculature sudoripare était indubitable. Il y a lieu de remarquer aussi la systématisation. Ch. Audry.

Sur le mélanoblastome (Ueber Melanoblastom), par Kreibich. *Berliner klinische Wochenschrift*, 1911, n° 34, p. 1541.

Dans un travail antérieur, K. a montré le rôle que les lipoïdes jouaient dans la production du pigment cutané mélanotique des nævi. K. donne 3 observations cliniques et histologiques de tumeurs mélaniques, généralisées dans le troisième cas.

De cette étude, il résulte pour lui que la recherche des lipoïdes conduit à cette conclusion : que chez l'homme la tumeur dite mélano-sarcome, mélanome, chromatophorome provient non de chromatophores mésodermiques, mais de mélanoblastes épithéliaux. Si l'on caractérise comme mélanoblastes non pas les cellules pigmentées, mais seulement les cellules pigmentées épithéliales, et par suite, les cellules matricielles de la tumeur, il faut appeler mélanoblastomes ces néoplasmes. Au début, les mélanoblastes prennent la forme lipoïde ; ils deviennent néoplasiques par un processus anaplasique de forme et de fonction une fois qu'ils ont pris une disposition fusiforme, tout en conservant plus ou moins leur fonction lipoïde, ou bien ils conservent leur aspect épithélial en perdant cette même fonction lipoïde autant du moins que l'on peut s'en rendre compte par les colorations au sudan. Cependant il peut arriver que l'anaplasie et la rapidité de la formation du pigment rendent difficile à apprécier le caractère lipoïde des cellules néoplasiques.

Si les mélanoblastes deviennent fusiformes, les tumeurs revêtent le type

mélanosarcome ; si les cellules néoplasiques conservent le type épithélial, la tumeur représente un carcinome alvéolaire. On peut du reste retrouver les deux types de cellules dans une même tumeur.

Des métastases blanches peuvent affecter la structure de nævi mous ; on y peut retrouver des cellules à lipoïdes à granulations sudanophiles disposées en anneau et en demi-lune, comme dans les nævi non pigmentés.

Il s'en suit que les cellules de nævus doivent être considérées non comme des cellules épithéliales simples, mais comme des mélanoblastes ayant subi une anaplasie telle que la fonction lipoïde y rétrocède tandis que les composants mélanotiques y font défaut. Il n'y a pas lieu de chercher à savoir si ces tumeurs proviennent des mélanoblastes de l'épiderme, ou des cellules de nævus : dans les deux cas la tumeur est un mélanoblastome et c'est le mélanoblaste qui est la cellule matricielle. Ch. Audry.

Sur un cas de mélanosarcome (Uber einen Fall von Melanosarkom), par W. Kerl. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1910, t. 104, p. 245.

Une femme de 68 ans a subi huit ans auparavant l'ablation d'une tumeur noire ulcérée de la jambe gauche. Pendant les 18 derniers mois, apparition d'un, puis de plusieurs autres petits nodules, colorés ou non colorés, dans et sous la peau du pied et de la jambe.

L'examen microscopique et la figure montrent l'existence de nids de cellules næviques, les uns pigmentés, les autres non ; quelques-uns de ces nids sont logés dans l'épaisseur même de l'épiderme.

K., fidèle à l'enseignement de son maître Riehl, admet qu'il s'agit là de mélanosarcome parce qu'il croit à l'origine conjonctive des cellules de nævi conformes au type habituel, opinion diamétralement opposée à celle des observateurs qui acceptent la théorie nævo-carcinomateuse de Unna.

K. rappelle à ce sujet la manière de voir de Ribbert qui définit ces néoplasmes comme des chromatophoromes. Mais il n'est guère facile d'adopter cette conception du fait que parmi les nodules métastatiques examinés, il en est d'indemnes de pigmentation.

(Je ne peux m'empêcher de regarder le fait de Kerl comme un très bon exemple de la nature carcinomateuse des nævi au sens de Unna. En effet, il y a, très rarement des sarcomes vrais mélanotiques, habituellement sous-jacents à des nævo-carcinomes : j'en ai vu ; et leur structure vraiment sarcomateuse est totalement différente de celle décrite et représentée par Kerl. — N. de T.). Ch. Audry.

Le Gérant : Pierre Auger.

CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT.

(Du Bois)

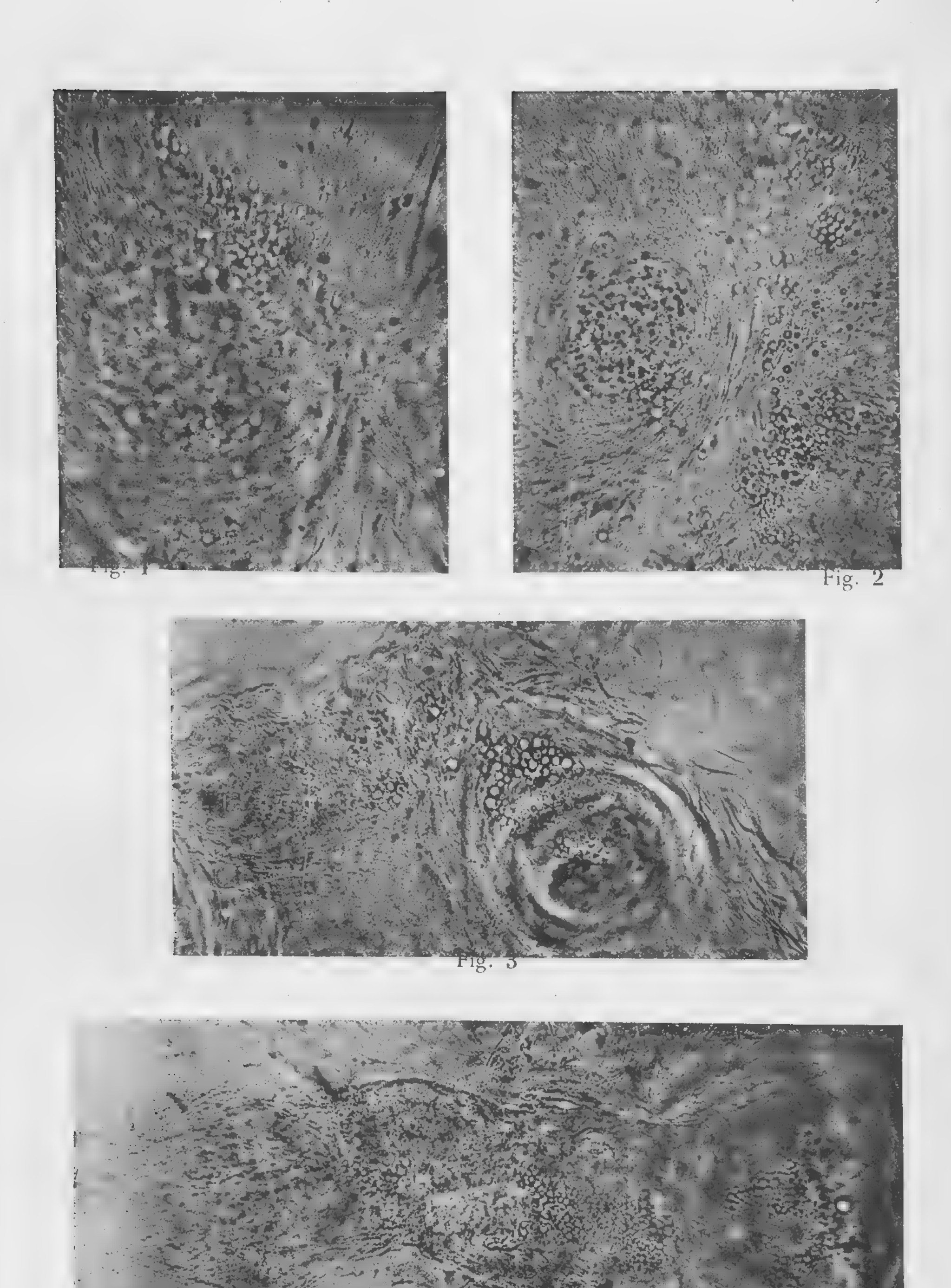


Fig. 1

Fig. 2

Fig. 3

Fig. 4

Masson & Cie, Éditeurs.

(Du Bois)

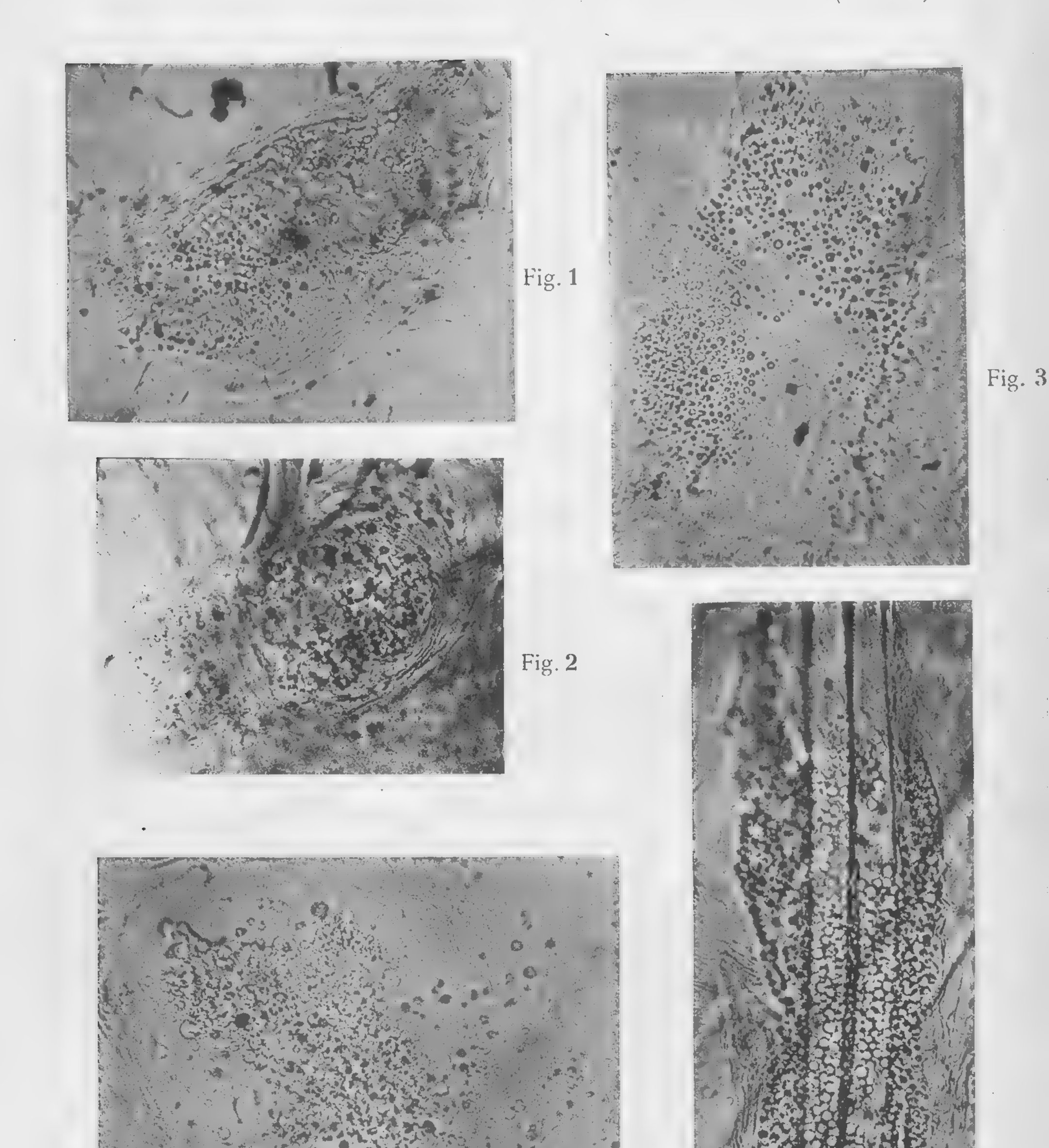


Fig. 1

Fig. 2

Fig. 3

Fig. 4

Fig. 5

Masson & Cie, Éditeurs



TRAVAUX ORIGINAUX

UN CAS DE TUBERCULIDES LICHÉNOIDES, A TYPE DE LICHEN DE WILSON

par le Dr P.-L. Bosellini.

(Avec une figure dans le texte.)

La photographie qui accompagne ce travail donne facilement une idée de la forme morbide qui en est l'objet : autant que j'en puis juger c'est là un type différent de ceux qui ont été décrits dans les tuberculides, et dont l'étiologie est assurée ou tout au moins fondée sur de sérieuses raisons : elle serait à placer à côté du lichen scrofulosorum (lequel dans ses formes typiques se présente précisément sous l'apparence d'un lichen ruber acuminatus par le volume, par la forme et par le groupement des papules) avec le type morphologique des tuberculides papuleuses à type de lichen plan.

V. C. 37 ans, couturière, de Bologne. Aucun antécédent important dans sa famille. Le mari est mort de tuberculose il y a quelques années. Elle a eu trois fils : l'un est mort a 19 mois, de méningite tuberculeuse ; les deux autres sont vivants et sains.

Dans son enfance la malade a eu une kératite sur la nature de laquelle il n'y a pas de renseignements. L'affection actuelle date de 5 ou 6 ans au moins ; elle se présente toujours au printemps pour disparaître en été sans laisser aucune trace. Pendant l'hiver la malade dit être sujette depuis quelques années à des engelures des orteils, lesquelles ont laissé les cicatrices qui se voient sur la photographie.

Etat actuel. — La malade a un développement osseux normal : mais elle se présente en état de dénutrition et d'anémie. On ne trouve pas de ganglions lymphatiques tout au moins dans les régions accessibles à la palpation. A l'examen du thorax, pratiqué à la Clinique médicale, on a observé une infiltration du sommet pulmonaire droit surtout en arrière, accompagnée d'un peu de bronchite. Rien d'anormal ne se remarquait dans les autres organes ou appareils. Rien non plus dans le sang ou dans l'urine.

La dermatose a son siège exclusivement au dos des mains et au tiers inférieur de l'avant-bras et se présente avec des papules de volume variable, depuis la grosseur d'un grain de mil jusqu'à une petite lentille de couleur rouge rosée ou rouge violacée, á surface hémisphérique ou aplatie, quel-

quefois nettement ombiliquée toujours lisse, luisante, jamais humide, à contours nets sans aucune congestion, isolées ou réunies parfois en groupes de 3 ou 4 qui ont alors un contour polygonal.

Les papules susdites ne s'accompagnent d'aucun trouble subjectif : elles apparaissent les unes après les autres durant la saison du printemps et de l'été. Chacune dure plusieurs semaines et la disparition s'opère par lente résorption sans qu'il subsiste aucune trace d'elles sous forme de pigmentation, d'atrophie ou de cicatrices.



Fig. 1.

Examen histologique. — Il a porté sur un groupe de cinq ou six papules prélevées sur l'avant-bras droit. La fixation du lambeau de peau fut faite dans l'alcool : l'inclusion dans la paraffine : la section et la coloration suivant les méthodes ordinaires. Les papules présentèrent les caractères suivants :

Elles avaient leur siège dans le derme réticulaire et papillaire et déterminaient un relèvement net qui avait les bords taillés à pic sur les parties saines environnantes : les éléments constituants sont des cellules fixes polymorphes du type conjonctif et des cellules lymphoïdes à protoplasme peu abondant et à noyau rond très riche en chromatine : dans la partie centrale de la papule prévalent notablement les cellules fixes qui tapissent en grand nombre les faisceaux collagènes qui apparaissent bien conservés, plutôt grossis, mais éloignés les uns des autres par l'œdème, au point de circonscrire des espaces clairs, plus ou moins vastes ; dans les parties péri-

phériques, outre ces cellules, il y a en plus en grand nombre les cellules lymphoïdes dont nous avons parlé.

Entre les cellules d'infiltration il faut noter aussi un petit nombre de polynucléaires, en outre des mastzellen spécialement dans les parties périphériques de la papule : enfin çà et là des cellules epithélioïdes et des polynucléaires géants. Pas de cellules plasmatiques.

J'ai déjà parlé plus haut du tissu collagène : je dois en outre ajouter qu'entre les papules et en dehors d'elles ainsi que dans le tissu sain qui les entoure on trouve du collagène basophile et de la collastine.

Le tissu élastique est cependant bien conservé partout et passablement aussi dans les foyers d'infiltration, on y trouve toutefois aussi de l'élastine.

Dans les vaisseaux il apparaît nettement en certains points des altérations de vascularite proliférante, se manifestant par un très notable épaississement des parois et la sténose ou l'occlusion de la lumière même du vaisseau.

L'épiderme qui recouvre la papule se montre notablement aminci dans la partie centrale ou au contraire les bourgeons malpighiens qui sont réduits à de très petites proportions montrent une notable dilatation des espaces interépineux (état spongieux) et une dégénération hydropique et vacuolaire des cellules : la partie supra papillaire (les papilles cependant ont presque disparu par suite de l'aplatissement) est réduite seulement à quelques rangées de cellules malpighiennes aplaties à noyau en forme de bâtonnet, auxquelles font suite de nombreuses couches parakératosiques fortement compactes, et presque nullement désagrégées, sauf dans la partie plus externe, où apparaissent quelques déhiscences, qui indiquent le détachement de quelques lames cornées ; dans le centre de la papule, la masse parakératosique se pousse partout en guise de tampon jusqu'au contact du derme : là aussi se voit l'aplatissement ou l'ombilication de la papule. Vers les parties latérales des papules, l'épiderme, par contre, montre encore intacts les bourgeons, plutôt fortement hypertrophiés et aussi leurs cellules fortement gonflées et les espaces interépineux dilatés par l'infiltration œdémateuse : et dans ces régions réapparaissaient comme dans les normales les cellules granuleuses et les cellules cornées.

Rien de spécial quant aux follicules pilo sébacés, les glandes sudoripares et leurs conduits avec lesquels les papules peuvent contracter quelquefois seulement des rapports de nécessité.

Important fut le résultat de la recherche des bacilles tuberculeux faite sur les coupes par la méthode de la fuchsine selon Ziehl-Nielsenn : le résultat fut positif. Les bacilles se trouvaient çà et là, rares en nombre, dans le tissu d'infiltration, sans aucune prédilection pour un élément ou pour l'autre : les bacilles étaient pour la plupart magnifiquement formés et bien colorés et par conséquent, il ne subsiste aucun doute sur leur nature ; et j'ai vu aussi des petits groupes de bacilles un peu déformés, courts, tous également bien colorés en rouge, que j'ai pensé se composer uniquement de bacilles tuberculeux.

Recherches expérimentales. — Avec une papule convenablement broyée il fut fait une abondante inoculation musculopéritonéale à un cobaye lequel, depuis 2 mois, se trouve encore dans les meilleures conditions d'aspect et de poids.

En résumé, nous nous trouvions en présence d'une malade d'âge moyen, provenant d'une famille dans laquelle les autres membres avaient été frappés de tuberculose, porteuse elle-même des lésions spécifiques pulmonaires en mauvaises conditions de nutrition, et qui présentait au dos des mains et au tiers inférieur dorsal des avant-bras une dermatose, récidivant depuis plusieurs années tous les printemps et durant chaque fois jusqu'à une date avancée de l'été.

La dermatose qui ne provoquait aucun trouble était éminemment monomorphe et caractérisée par des papules lichénoïdes isolées ou réunies en petits groupes de grandeur variant d'un grain de mil à une petite lentille, hémisphériques ou aplaties ou bien ombiliquées, polygonales de contour quand elles étaient groupées, de surface lisse, de couleur rouge rose ou rouge veineux, à éruptions subintrantes, disparaissant en 3 ou 4 semaines sans laisser après elles aucune trace.

Au point de vue histologique, ces papules étaient constituées d'un tissu granuleux, formé de cellules fixes presque normales d'aspect et de cellules lymphocytoïdes : aucune trace perceptible de faits de dégénération ; le tissu conjonctif présentait une infiltration œdémateuse remarquable et pourtant était bien conservé : de même le tissu élastique : entre les deux se montraient des altérations en rapport avec la sénilité précoce de la peau à laquelle sont sujettes les parties couvertes du corps. Les vaisseaux sanguins participaient également au processus par des altérations prolifératives.

L'épiderme recouvrant la papule se montrait le siège d'une infiltration séreuse et d'une parakératose consécutive.

Le processus semble ressortir indubitablement au bacille de Koch qui se trouve dans le tissu.

L'inoculation au cobaye fut négative.

Ces faits ne peuvent qu'amener à considérer ce cas comme se rangeant dans cette forme de tuberculose de la peau qu'on nomme tuberculides, lesquelles, que l'on veuille les considérer soit comme de nature bacillaire, soit comme de nature toxique, ont le caractère d'être des lésions de nature bénigne, disparaissant rapidement, guérissant spontanément, et pourtant toujours promptes à récidiver çà et là sur le revêtement cutané et qu'on trouve souvent chez les sujets tuberculeux ; syndrome, qui, comme on voit, fait que cette forme est bien différente des formes vulgaires de tuberculose de la peau. Elle a donné lieu à diverses théories pathogéniques, imaginées en conformité des résultats variés des recherches étiologiques.

La théorie toxique (Hallopeau), mise au jour à la suite de la recherche négative du bacille dans les tuberculides, s'harmonise assez bien également avec le cadre clinique des tuberculides, mais la présence constatée dans certains cas de bacilles dans le tissu. devait nécessairement donner naissance à une autre théorie pathogénique : l'hypo-

thèse des bacilles très atténués (Haury-Darier), que le torrent sanguin transporterait à la peau et qui succomberaient rapidement explique et la bénignité des lésions contenant des bacilles et d'autre part le résultat positif ou négatif des inoculations à l'animal : car l'inoculation peut être pratiquée avec une lésion de formation plus ou moins récente, contenant encore où ne contenant plus de bacilles : mon cas, dans lequel précisément la présence des bacilles dans les tissus a été démontrée et où cependant d'autre part l'inoculation au cobaye est restée négative, se range sous cette dernière hypothèse.

Mais, outre cette théorie des bacilles atténués dès leur entrée dans le torrent circulatoire, il en a été avancé une autre (Zieler), qui attribue l'atténuation des bacilles portés à la peau et par conséquent la bénignité des tuberculides à un état de vaccination de l'organisme et plus particulièrement de la peau, provoqué par la tuberculose viscérale. Il n'est pas nécessaire que je m'attarde à l'examen de cette théorie : je renvoie pour cela à une récente publication que j'ai faite sous le titre suivant : Tuberculides dénommées acné scrofulosorum et cachecticorum, folliclis et acnitis, parue dans le V[e] fascicule de 1901 dans le *Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle.*

Ce qui est certain et ce qui devait être fixé, c'est que dans notre cas nous avons une tuberculide bacillaire ; ses caractères morphologiques constants furent des papules lichénoïdes à type de lichen plan et pour cela précisément nous y ajoutons un qualificatif qui le distingue du lichen scrofulosorum.

Au point de vue histologique également la papule montre des altérations qui rappellent quelques-unes des lésions les plus constantes dans le lichen plan, à savoir un état œdémateux marqué du derme papillaire, et même de véritables lacunes plasmatiques conjonctivales : un état d'œdème manifeste et une évidente rétraction ou atrophie du corps de Malpighi, dans la partie centrale de la papule, avec une parakératose susjacente très marquée.

Aucune altération suppurative ou nécrotique n'est jamais venue frapper les éléments papuleux, de nature à faire penser à une des tuberculides nécrotiques ou suppuratives (folliclis, acnitis, acne scrofulosorum) ; d'autre part il n'y a jamais eu aucune altération ou atrophie résiduelle des éruptions précédentes (et nous avons constaté la chose lors de la dernière éruption qui s'est offerte à notre examen) et ce fait exclut la supposition de tuberculide inflammatoire. La différenciation est nette aussi à l'égard du lichen nitidus de Pinkus, parce que la morphologie des papules de lichen nitidus, leur siège et tous les autres caractères cliniques contrastent trop avec notre cas : si quelque ressemblance se pouvait rencontrer du côté anatomique, à la vérité elles n'apparaîtraient pas plus grandes que celles qui existaient entre les tuberculides que nous décrivons et le lichen plan. Il est certain que si

un jour la nature tuberculeuse du lichen nitidus venait à être prouvée, nous devrions faire un groupe de tuberculides papuleuses très voisines dans lesquelles justement nous comprendrions le lichen scrofulosorum, la tuberculide papuleuse lichénoïde que j'ai décrite, et le lichen nitidus : mais cela est en tout cas prématuré et mérite seulement qu'on le signale.

EPITHÉLIOMA LYMPHATIQUE EN NAPPE AU COURS DU CANCER DU SEIN

Par MM. **A. Fage** et **R. le Blaye.**

(Travail du service du Dr Brocq a l'hopital saint-louis.)

(Avec quatre figures dans le texte.)

Il y a quelques années M. le Dr L. Brocq présentait à la Société française de Dermatologie (1) avec ses élèves Lenglet et Delaunay une femme « atteinte d'une dermatose singulière occupant tout le thorax, débutant par des plaques rouges érythémateuses à extension centrifuge graduelle avec infiltration des téguments, consistance presque lardacée des tissus atteints. En certains points plus anciennement envahis, sur ce fond rose, se voyaient des granulations miliaires perlées, un peu irrégulières de forme et de grosseur, de un demi-millimètre à trois millimètres de long sur un quart de millimètre à deux millimètres de large faisant une saillie de un demi-millimètre à un millimètre au-dessus du niveau des téguments... Ces granulations étaient fermes, elles ressemblaient à des vésicules perlées, mais elles ne laissaient sourdre aucun liquide par la piqûre. Elles étaient entourées d'une zone érythémateuse. (L. Brocq, *Dermatologie pratique*, t. II, p. 739).

Ces lésions cutanées coexistaient avec une induration en masse du sein droit ; le sein gauche était également empaté, on sentait dans sa masse quelques nodules plus durs et le mamelon était rétracté (cliché I) (1).

L'examen histologique de ce premier cas d'épithélioma lymphatique en nappe montrait :

1° « Au niveau des nappes érythémateuses, un épithélium sain, un derme un peu altéré par places par des infiltrations embryonnaires irrégulières, mais surtout quelques cordons épithéliaux de volume très variable que la coupe avait rencontrés presque tous obliquement ou perpendiculairement à l'axe. Chacun de ces cordons était engainé étroitement dans une série de lames conjonctives riches en cellules plasmatiques.

2° « Au niveau d'une des granulations présternales un boyau compact de cellules épithéliales, les unes cylindriques, les autres irrégulières avec des noyaux déformés ou anormaux, quelques-uns en voie de karyokinèse. Ce boudin épithéliomateux bien net, isolé, s'enfonçait

(1) L. Brocq, Lenglet et Delaunay, *Annales de Dermatologie*, novembre 1903.

dans un derme *non envahi, à peine altéré,* il y avait seulement à la frontière de la lésion, par places, une notable infiltration embryonnaire. »

L'affection évolua avec une grande rapidité, affectant toujours le même caractère lymphangitique ; les ganglions furent envahis et la



Fig. 1. — Épithéliome lymphatique en nappe.
(Malade du Dr Brocq, cliché du Dr Sottas.)

malade succomba rapidement malgré les tentatives de radiothérapie, d'injections arsenicales et de sels de quinine.

M. L. Brocq a revu depuis lors un second cas tout à fait analogue. Nous avons pu étudier dans son service un troisième cas de cette affection. Nous allons en résumer l'observation (1).

(1) Cette malade a été envoyée à M. Brocq par M. Lenormant à qui nous adressons tous nos remerciements.

Dom..., âgée de 39 ans, concierge, vient consulter à l'hôpital Saint-Louis au mois de décembre 1910, pour une induration des seins et des taches rougeâtres irrégulières, disséminées sur le tronc, qui sans être très douloureuses la gênent cependant dans ses occupations et dans la marche.

Antécédents héréditaires. — Son père et sa mère sont morts paralysés. Elle a eu dix frères ou sœurs dont huit vivent encore. Aucun de ses parents n'a été atteint de maladie semblable à la sienne, n'a eu de tumeur ou d'ulcères.

Antécédents personnels. — Elle n'a eu aucune maladie sérieuse et ne se souvient que de quelques rhumes passagers. Elle est réglée depuis l'âge de quatorze ans et toujours d'une façon régulière. Elle s'est mariée à 25 ans, a eu trois grossesses : accouchements et suites de couches ont été normaux. Elle n'a pas allaité le premier enfant, mais elle a allaité les deux derniers et il n'y a jamais rien eu d'anormal du côté des seins.

C'est au début de l'année 1909, que la malade s'est aperçue que le mamelon gauche était rétracté et qu'il existait une induration bien limitée de l'aréole autour du mamelon. Cette induration s'est étendue insensiblement à tout le sein gauche, mais pendant longtemps la tuméfaction du sein ne s'est accompagnée d'aucune sensation douloureuse ; c'est assez tardivement que se sont produites quelques sensations de tension. Le sein droit a été atteint assez longtemps après l'autre, au début de 1910, il y a 10 mois environ et a subi des modifications analogues à celles de l'autre sein. Depuis lors, les lésions se sont étendues à la peau non seulement sur le thorax mais aussi dans des régions plus éloignées, à la région pubienne et dans le dos. Mais ce n'est guère que depuis deux mois que la malade s'inquiète de son état parce qu'elle commence à être gênée dans certains mouvements.

Actuellement les deux seins sont volumineux, globuleux, ayant à peu près triplé de volume, ils présentent une coloration rosée légèrement violacée par endroits ; ils ont à la palpation une dureté presque ligneuse. Les mamelons sont manifestement rétractés, le plissement de la peau permet de constater le phénomène de la « peau d'orange ».

Sein gauche. — La rougeur n'est ni uniforme ni très marquée : pourtant à la partie inférieure de l'aréole on aperçoit des traînées d'apparence lymphangitique rougeâtres. En bas et en dedans la peau adhère un peu aux plans profonds, prend un aspect un peu chagriné et paraît très infiltrée.

Sein droit. — Les lésions cutanées sont un peu moins accusées que du côté gauche. Il y a à la partie supérieure et externe du sein une zone de l'étendue de la paume de la main où la peau se couvre de télangiectasies nombreuses.

La peau s'épaissit par places et l'on sent des nodosités appréciables au toucher, mais non douloureuses. *Entre les deux seins* l'infiltration de la peau atteint son maximum : rouge, épaissie, rigide, elle ne se laisse plus plisser.

Les glandes mammaires ne sont pas adhérentes aux muscles pectoraux.

Les lésions cutanées ne sont pas limitées aux deux seins : Des plaques érythémateuses s'étendent au loin ; leurs contours sont irréguliers, géo-

graphiques, mais cependant assez bien délimités. Ces plaques sont le plus souvent rouge rosé, parfois à peine colorées ; elles donnent au palper une sensation d'épaississement plus ou moins accusé, ne rappelant que de loin la sensation que donneraient des plaques de sclérodermie. En avant, la zone cutanée érythémateuse remonte en haut jusqu'à la partie supérieure de la région présternale en dedans et jusqu'aux aisselles en dehors ; elle est irrégulière, formée de traînées plus ou moins larges ou de petites plaques isolées. On sent au toucher dans les points les plus lésés de petites nodosités dermiques de la dimension d'une lentille ou d'une petite noisette. Latéralement deux larges traînées érythémateuses contournent le thorax pour s'étaler en éventail dans le dos, depuis la région cervicale inférieure jusqu'à la région lombaire ; mais la rougeur est plus nette du côté gauche, l'infiltration plus marquée et de ce côté seulement la palpation décèle ces noyaux indurés du derme que nous avons signalés.

Enfin de la partie externe des seins, surtout du côté gauche partent des traînées à peine rosées sans nodosités, qui descendent vers la région pubienne où elles se réunissent pour former une nappe infiltrée irrégulièrement épaissie, semée de petites masses dures qui donnent à la peau un aspect *mamelonné* sans aucune rougeur.

Il y a une adénopathie *légère* des deux aiselles assez nette du côté droit. L'état général s'est maintenu jusqu'ici assez satisfaisant, l'appétit est conservé et la malade ne croit pas qu'elle ait maigri. L'examen des différents organes n'a rien montré d'anormal.

Examen histologique. — Une biopsie a été pratiquée sur une petite tache érythémateuse de la partie supérieure du thorax au niveau de laquelle la peau donnait une sensation d'infiltration assez profonde.

L'examen histologique a montré que les lésions siégeaient presque exclusivement dans le derme moyen et profond et qu'elles consistaient dans la présence de cellules épithéliomateuses dans les vaisseaux lymphatiques et entre les faisceaux fibreux du derme.

Épiderme. — L'épiderme n'offre pas de lésion importante de ses éléments constitutifs, mais il est aminci, comme distendu et le corps muqueux n'est formé que de deux ou trois rangs de cellules.

Derme. — Le corps muqueux présente une intégrité assez remarquable. On y voit cependant de nombreuses mastzellen situées pour la plupart le long des vaisseaux.

Le derme moyen et le derme profond sont plus profondément lésés. On y distingue :

1° Des îlots irréguliers de cellules étroitement groupées, qui par leur rétraction ont laissé une ligne claire entre eux et les parois de la loge qui les renferme. Ces îlots sont constitués par des cellules irrégulièrement polygonales tassées les unes contre les autres. Leurs contours sont assez nettement tracés ; leur noyau est arrondi ou allongé, assez opaque et uniformément coloré ; leur protoplasme retient un peu les couleurs basiques. Quelques-unes de ces cellules présentent des figures de karyokinèse. En examinant les parois de la loge qui renferme ces formations épithéliales, on leur reconnaît une paroi endothéliale parfaitement nette, aucunement altérée et le derme voisin n'offre, lui non plus, aucune lésion.

2° Des traînées cellulaires ou des cellules isolées disséminées au milieu des faisceaux du derme. Ces cellules ressemblent beaucoup à celle des îlots que nous venons de décrire ; leur protoplasme et leur noyau ont la même apparence à cela près que comprimés çà et là entre les faisceaux fibreux, quelques-unes d'entre elles s'allongent et s'aplatissent au point qu'il devient difficile de reconnaître s'il s'agit d'éléments épithéliaux. Ces cellules sont directement au contact des faisceaux dermiques sans qu'il y ait interposition d'une paroi endothéliale.

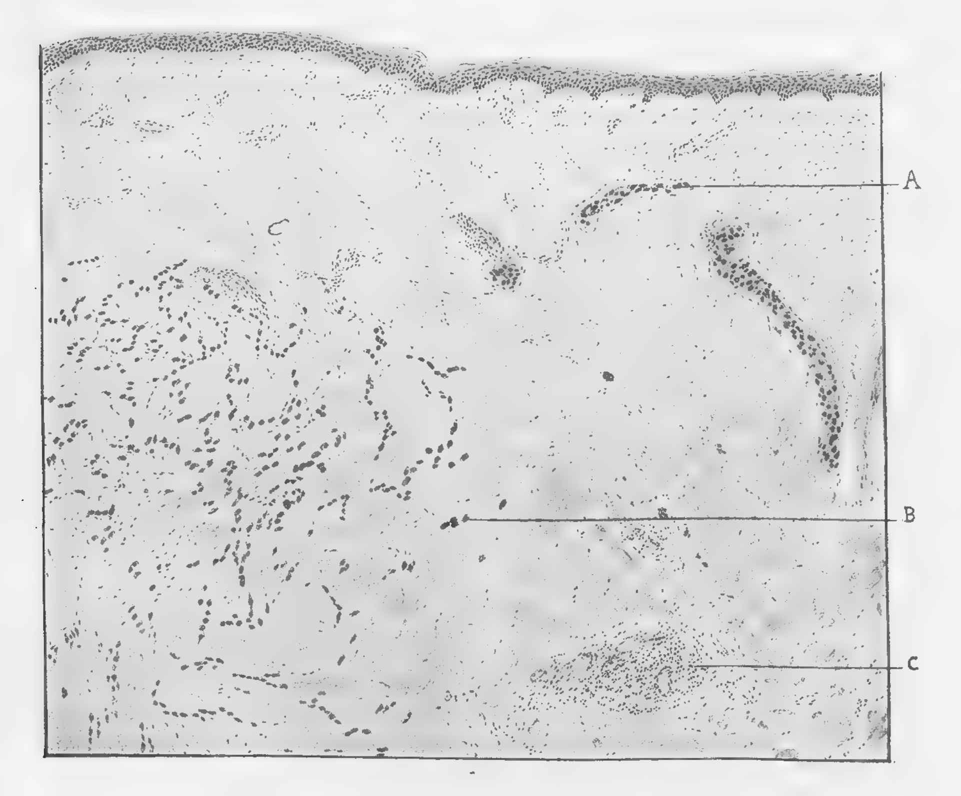


Fig. 2. — Coupe histologique de la lésion.
A. — Thrombose épithéliomateuse d'un capillaire lymphatique dont on distingue la paroi endothéliale intacte.
B. — Cellules épithéliales éparses dans le derme.
C. — Infiltration embryonnaire périvasculaire.

3° Autour des petits vaisseaux du derme il existe une infiltration embryonnaire parfois considérable et au milieu des cellules rondes de l'infiltration se trouvent des mastzellen assez nombreuses. On en retrouve d'ailleurs plus loin, en plein derme. Aux petits vaisseaux sanguins se joignent souvent un ou deux vaisseaux lymphatiques remplis de cellules néoplasiques, avec leur paroi endothéliale ordinairement intacte.

En résumé les lésions anatomiques consistent en des thromboses lymphatiques épithéliales, des traînées cellulaires également épithéliales

disséminées dans le derme moyen et profond, et une infiltration périvasculaire à cellules embryonnaires.

La malade a été traitée depuis le mois de décembre 1910 tout d'abord par des injections sous-cutanées de cacodylate de soude et par des séances de radiothérapie. Elle a reçu deux applications de rayons X l'une de 3 et la seconde de 4 H. Puis devant l'étendue des lésions on a bientôt renoncé à ce traitement pour se borner à une thérapeutique palliative. Nous avons depuis lors suivi cette malade pendant trois mois ; les lésions se sont un peu étendues sauf dans les points soumis à la radiothérapie où les taches érythémateuses ont disparu.

Au mois de mars 1911 les seins avaient encore augmenté de volume, l'infiltration des téguments était devenue à leur niveau très profonde, la peau de la région intermammaire présentait une rigidité absolue, et un épaississement considérable. L'état général commençait à décliner, la malade se plaignait de faiblesse et commençait à accuser une certaine gêne des mouvements respiratoires, gêne qui, disait-elle, lui rendait tout effort impossible.

Les petites tumeurs perlées constituées par une énorme dilatation cancéreuse des lymphatiques de la peau décrites dans le premier cas d'épithélioma lymphatique en nappe de MM. Brocq, Lenglet et Delaunay n'existaient pas chez notre malade.

En outre au point de vue histologique on remarquera que dans notre cas il y avait en plus de l'épithéliomatose endolymphatique de nombreuses cellules disséminées dans le derme, témoignant de la tendance que présentait le cancer à s'échapper des voies lymphatiques pour constituer un véritable carcinome de la peau. Toutefois dans les deux cas la lésion cutanée était la même, caractérisée *cliniquement* par la production de plaques érythémateuses à extension centrifuge graduelle et *histologiquement* par l'envahissement des lymphatiques du derme par un épithélioma d'origine probablement mammaire.

C'est la forme de cet envahissement qui présente dans l'épithélioma lymphatique en nappe des caractères particuliers : ce n'est pas comme dans le squirrhe pustuleux.

M. Thibierge a récemment montré à la réunion hebdomadaire de Saint-Louis une malade des plus intéressantes dont le cas est à rapprocher des deux précédents. M. Regnard interne de M. Thibierge a bien voulu nous communiquer l'observation suivante :

Mme B..., 50 ans, entrée, salle Alibert, le 23 juin 1911. Son père syphilitique est mort de la rupture d'un anévrisme. Sa mère est morte à 73 ans. Une sœur de la malade a une coxalgie. Ses autres frères et sœurs se portent bien.

Au point de vue de ses antécédents personnels elle n'a pas eu de maladie d'enfance. Elle n'a pas eu de fausse couche. Un seul enfant qui est en bonne santé.

Elle a peut-être été contaminée par son mari ; il semble bien qu'elle ait été soignée en effet pour une gomme syphilitique sous-cutanée de la jambe gauche. La tumeur guérit vite sous l'influence des injections mercurielles.

La maladie actuelle a débuté il y a environ deux ans au niveau de l'aréole du mamelon gauche dont la malade a remarqué l'induration. Elle consulte un chirurgien de la Charité qui lui propose une opération qu'elle refuse.



Fig. 3. — (Malade du Dr Thibierge, cliché Schaller). Ensemble des lésions.

A partir de ce moment le volume du sein a augmenté progressivement et dans l'épaisseur même de la glande sont apparues des masses indurées. Jamais elles ne déterminèrent de phénomènes douloureux.

Actuellement le sein gauche a le volume d'une tête d'enfant, le mamelon est rétracté. Tout autour de lui existe une zone indurée s'étendant au delà des limites de l'aréole. Le phénomène de la peau d'orange s'observe nettement en ce point de même qu'en d'autres parties de la peau du sein.

Sur toute la face antérieure du sein, on remarque des placards érythé-

mateux séparés par des intervalles de peau saine. Si l'on y regarde de près, ces placards semblent formés de télangiectasies rosées et au milieu d'eux on distingue quelques vésicules de la grosseur d'une tête d'épingle. Ces vésicules, transparentes, sont accolées les unes aux autres par groupe. A l'ouverture elles laissent échapper une substance gélatineuse claire et on a très nettement l'impression qu'il s'agit de lymphe et que l'on a affaire à de véritables perles lymphatiques assez semblables cliniquement à ce que l'on voit dans le lymphangiome. Quant aux varicosités rosées elle ne sont autre chose que des lymphatiques dilatés (figures 3 et 4).



Fig. 4. — (Malade du Dr Thibierge, cliché Schaller). Détail des lésions. On remarque les vésicules perlées remplies de lymphe et les varicosités lymphatiques.

Il est difficile à la palpation de sentir exactement ce qu'il y a dans la glande. On a cependant la sensation de quelques masses dures isolées les unes des autres.

Au niveau de l'aisselle on perçoit nettement une grosse masse ganglionnaire volumineuse donnant lien à des phénomènes de compression se traduisant par une dilatation très apparente du réseau veineux sous-cutané, de la région de l'épaule et par un œdème très prononcé du bras gauche.

La malade quitta peu après le service du Dr Thibierge et fut perdue de vue.

Les trois cas que nous venons de citer sont superposables à quelques phénomènes près : la lésion cutanée est la même, cliniquement caractérisée par les plaques érythémateuses à extension centrifuge et graduelle. Dans les faits I et III granulations perlées, de la grosseur d'une tête d'épingle, un peu irrégulières de forme, ne laissant sourdre aucun liquide dans le cas I, remplies au contraire d'un liquide gélatineux dans le cas II.

Ce qui est tout à fait remarquable dans les deux premiers faits c'est l'extension des plaques érythémateuses. Lorsque nous vîmes la malade qui fait l'objet de notre observation, nous pensâmes immédiatement à une sclérodermie en plaques, erreur bien vite rectifiée d'ailleurs lorsque nous y regardâmes d'un peu plus près. Cette extension des îlots érythémateux n'était pas seulement remarquable au niveau des seins dans le fait Brocq, mais on l'observait ainsi que le montre la photographie I au cou, sur l'abdomen, on voyait également les placards au niveau du dos et des reins (1). Les membres et la face étaient indemnes. Dans notre observation, dont les photographies ne se prêtent malheureusement pas à la reproduction, il existait un placard au niveau du pubis. De chaque côté de la poitrine deux traînées érythémateuses partaient pour s'étaler en éventail dans le dos, etc.

Dans notre cas il existait, avons-nous dit, une adénopathie légère des deux aisselles. Elle fut constatée le jour où l'observation fut prise *mais elle n'était pas perceptible le premier jour où la malade vint à la consultation*. Par la suite d'ailleurs les ganglions axillaires et sus-claviculaires prirent des proportions assez considérables.

Histologiquement les cas I et II qui seuls furent biopsés sont caractérisés par l'envahissement des lymphatiques du derme par un épithélioma, envahissement qui se fait non seulement au niveau du sein, mais à distance. Dans notre cas il y avait en plus de l'épithéliomatose endolymphatique de nombreuses cellules disséminées dans le derme, témoignant de la tendance que présentait le cancer à s'échapper des voies lymphatiques pour constituer un véritable carcinome de la peau.

Dans le cas III il est permis de supposer qu'il y avait outre les phénomènes d'envahissement lymphatique, aussi des phénomènes de stase pour une grande part dus à une compression peut-être axillaire comme dans le fait Rubens-Duval cité dans la thèse de l'un de nous (2).

Nous sommes donc en présence de faits cliniques très particuliers. Il

(1) Voir les deux autres photographies illustrant ce cas dans le traité de dermatologie pratique de M. Brocq, t. II, p. 740 et 741.

(2) Rubens-Duval a observé un cas bien intéressant de dilatation des lymphatiques de tout un sein. Il s'agissait d'une tumeur axillaire, développée aux dépens d'une glande mammaire accessoire comprimant sans doute les troncs lymphatiques. Les lymphatiques de tout le sein correspondant étaient dilatés et on constatait dans ces lymphatiques une injection rétrograde de cellules cancéreuses. Il y avait un certain degré d'œdème dans le derme et le phénomène clinique de la peau d'orange était des plus nets.

n'est pas douteux que cet épithéliome ne soit secondaire à un cancer du sein. Bien que nous n'ayons pas d'autopsie, les faits cliniques sont assez nets : rétraction du mamelon dans les trois cas, nodules durs dans la glande, envahissement ganglionnaire axillaire. Mais cette forme d'envahissement lymphatique à distance diffère cependant des formes décrites dans les auteurs classiques sous les noms du squirrhe pustuleux et de cancer en cuirasse de Velpeau. Mais le professeur agrégé Lenormant qui voulut bien nous adresser la malade faisant l'objet de notre observation ne pouvait porter sur elle le diagnostic de cancer en cuirasse, il déclara se trouver devant un cas tout à fait insolite, les ganglions manquaient d'ailleurs lorsqu'il vit la malade.

Dans le précis de pathologie chirurgicale (Lecène, Lenormant, t. III, page 74), nous lisons : « Dans certains cas, la peau de la région mammaire et même de toute la paroi thoracique peut être envahie par des traînées sous-cutanées et intra-dermiques de lymphangite cancéreuse parfois fort étendues. Ces formes ont été décrites par Velpeau sous le nom de squirrhe pustuleux et de squirrhe en cuirasse. »

Et plus loin nous trouvons : «Le squirrhe pustuleux est caractérisé par une infiltration de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané par l'intermédiaire d'embolies par les lymphatiques cutanés.

« Le squirrhe en cuirasse est dû lui aussi à une infection néoplasique étendue de la paroi thoracique ; c'est surtout dans *les formes graves de cancer du sein, qui infectent rapidement toute la glande mammaire en la transformant en un bloc de tissus durs et fixés au thorax* qu'on observe le squirrhe en cuirasse. La peau de la paroi thoracique présente de larges placards rougeâtres peu douloureux au toucher qui caractérisent la lymphangite réticulaire. La peau du thorax peut être ainsi envahie sur une étendue souvent considérable formant une véritable cuirasse » (*Ibid.*, p. 83).

On remarquera que dans les cas que nous rapportons, il n'y a pas (du moins pendant bien longtemps) comme dans le cancer en cuirasse cet épaississement énorme de la peau qui la rend rigide, dure comme une plaque de cuir tanné. Les modifications de la peau consistent essentiellement dans l'apparition de plaques irrégulières, érythémateuses s'étendant rapidement loin des régions mammaires, infiltrant progressivement la peau tout en laissant pendant longtemps une certaine souplesse.

On remarquera au point de vue clinique la longue évolution de ces cancers. Il ne s'agit pas là de cancers à marche rapide. C'est au début de 1909 que notre malade s'est aperçue de la rétraction du mamelon gauche. C'est il y a deux ans que la malade de M. Thibierge s'est aperçue de la rétraction du mamelon gauche. Enfin l'adénite axillaire est plutôt tardive. Chez notre malade le premier jour où elle vint à Saint-Louis, il n'y avait pas d'adénite axillaire. M. Lenormant malgré

une exploration très minutieuse ne put en découvrir. Nous insistons sur ce fait.

Cliniquement entre le cancer en cuirasse et la forme épithélioma lymphatique en nappe, il existe des faits de passage, et notre observation n° II en est un. Si les éléments disséminés à la surface du tronc reproduisent nettement les lésions de l'épithélioma lymphatique en nappe, il existe aussi en certains points (région intermammaire) un épaississement et une induration de la peau qui l'immobilisent et la rendent absolument rigide. Il est vrai de dire que cet aspect était autrement moins net le premier jour où la malade vint à l'hôpital, l'observation n'ayant été prise que quelque temps après. Histologiquement dans notre cas, la biopsie a bien montré que le processus était double, consistant surtout dans l'envahissement les voies lymphatiques par le néoplasme, mais ayant d'autre part tendance à produire un véritable carcinome de la peau.

Notre malade offre donc le double intérêt de présenter des lésions typiques d'épithélioma lymphatique en nappe (Brocq) et d'autres lésions qui tendent à se rapprocher plutôt du cancer en cuirasse.

Conclusions.

A côté du cancer pustuleux et du cancer en cuirasse il existe au cours de l'épithélioma du sein une forme très particulière décrite déjà par MM. Brocq, Delaunay et Lenglet sous le nom d'épithélioma lymphatique en nappe.

Cette forme est caractérisée par l'apparition de plaques rouges érythémateuses à extension centrifuge pouvant présenter en certains points des dilatations perlées ou de véritables vésicules remplies de lymphe. Ces plaques érythémateuses peuvent s'étendre fort loin du thorax, s'observer dans le dos notamment.

Histologiquement il s'agit de l'envahissement des lymphatiques par les boyaux épithéliaux, sans diffusion, au moins au début, dans le derme, de cellules néoplasiques à l'état libre.

Il existe des faits de passage tant au point de vue clinique qu'histologique entre l'épithélioma lymphatique en nappe type et le cancer en cuirasse. Il est même possible que le cancer en cuirasse soit l'aboutissant de ces formes.

Enfin, ces faits cliniques s'observent au cours de cancers du sein à évolution relativement lente, et malgré leur grande extension la toxicité de leurs produits est faible puisqu'ils sont longtemps compatibles avec la conservation d'un bon état général.

SUR LES PYODERMITES A BACILLES DE LOEFFLER

Par le Dr **A. de Verbizier,** ancien chef de clinique
(Laboratoire de bactériologie de l'Université de Toulouse. — Pr Rispal.)

Si la notion de la diphtérie cutanée est presque aussi ancienne que celle des localisations plus usuelles de la maladie, le titre même de ce travail montre que ce n'est pas de la diphtérie cutanée commune que nous voulons parler.

Comme l'on pourra s'en rendre compte par la lecture de l'observation relatée plus loin, nous avons eu l'occasion d'étudier un cas assez curieux de diphtérie nasale, vulvaire et cutanée.

Les lésions de la peau que nous avons observées n'étant pas celles que l'on rencontre habituellement dans ces cas-là, il nous a paru intéressant d'ajouter aux rares et déjà dissemblables observations publiées jusqu'à ce jour, la nôtre destinée elle aussi à démontrer le polymorphisme de la diphtérie cutanée. Ce dernier caractère est bien, en effet, celui qui domine à la lecture des observations récentes publiées sur ce sujet et l'on pourrait avantageusement, nous semble-t-il, le rapprocher d'un caractère analogue se rattachant à une autre localisation de la maladie, à savoir le polymorphisme de l'angine diphtérique sur lequel Dieulafoy a si puissamment attiré l'attention.

Avant d'exposer notre observation personnelle de pyodermite à bacilles de Loëffler il n'est pas inutile, croyons-nous, de rappeler brièvement les travaux antérieurs sur la question afin de faire ressortir que l'invasion de la peau par la diphtérie ne donne pas toujours naissance à une forme clinique univoque et qu'elle peut ne pas donner lieu à la formation d'une lésion considérée trop facilement comme spécifique, la fausse membrane diphtérique. On verra par les observations qui vont suivre le danger qu'il y aurait, pour le malade et son entourage, à attendre la production pseudo-membraneuse pour porter le diagnostic de diphtérie.

La diphtérie cutanée a été signalé par Chomel dès 1759, par Samuel Bard dans l'épidémie qu'il observa à New-York en 1771 mais elle a été magistralement étudiée et exposée par Trousseau dans une de sa clinique de l'Hôtel-Dieu intitulée : « Localisations diverses de la diphtérie ». « Elle se manifeste, dit-il, le plus souvent sur la surface des plaies produites par les vésicatoires, dans les plis que forme la peau sur les enfants trop gras, sur les écorchures, sur des vésicules d'herpès, sur des gerçures du sein, sur des coupures, des excoriations du scrotum, sur les moindres solutions de continuité, là, en un mot, où le tégument

externe est dépouillé de son épiderme, là où existe une irritation développée spontanément ou produite artificiellement. Elle survient chez des individus qui présentent en quelque partie du corps une affection diphtérique, comme dans les cas d'angine pseudo-membraneuse ; ou bien elle est la première manifestation de la maladie chez ceux qui se trouvent en contact avec d'autres malades qui en sont affectés ».

Quels sont les caractères de cette diphtérie cutanée, décrite par Trousseau ? Dès qu'elle envahit une plaie, celle-ci devient douloureuse ; elle laisse écouler une grande quantité de sérosité incolore et fétide et se recouvre bientôt d'une couenne grisâtre, mollasse d'une épaisseur variable. Les bords de la plaie se gonflent, prennent une teinte d'un rouge violet et s'élèvent beaucoup au-dessus du fond de l'ulcère. Le derme ulcéré se recouvre immédiatement d'une couenne blanche analogue à celle qui s'observe sur les vésicatoires. Il n'est pas rare qu'un érysipèle se développe autour de la partie excoriée. A la surface de cet érysipèle on trouve des bulles remplies d'une sérosité blanchâtre, plus ou moins confluentes et de plus en plus éloignées à mesure que l'on arrive à l'épiderme sain. Trousseau fait ressortir la rapidité avec laquelle se propage au loin la diphtérie cutanée. « Ainsi, dit-il, la diphtérie, débutant par une excoriation légère du cuir chevelu, ou du derrière de l'oreille peut envahir la peau jusqu'aux lombes, comme j'en ai vu des exemples, Les concrétions pelliculaires, d'abord minces deviennent de plus en plus épaisses, celles qui se forment à la surface du derme soulevant celles qui ont été secrétées les premières de manière à former une sorte de feuilleté dont l'épaisseur peut aller jusqu'à quatre, cinq et six lignes. Les plus extérieures, baignées dans des flots de sérosité, se ramollissent, se putréfient, changent de couleur, prennent une teinte grise, quelquefois noirâtre, exhalant une effroyable fétidité ; et alors il est impossible de ne pas croire que la peau tout entière est sphacélée. »

Telle est, bien résumée, la description que donne Trousseau de la diphtérie cutanée, description qui constitue encore le mémoire le plus remarquable qui ait été écrit sur la question, ainsi que se plaisent à le reconnaître les auteurs étrangers. Presque rien, en effet, n'avait échappé à l'observation du grand clinicien ; il décrit le plus souvent des diphtéries cutanées consécutives à d'autres localisations de la maladie mais il a observé aussi des angines couenneuses succéder aux lésions de la peau ; par conséquent si ses descriptions se rapportent surtout aux diphtéries cutanées secondaires, on ne peut nier qu'il ait vu aussi des diphtéries cutanées primitives cependant si rares.

Au point de vue anatomo-pathologique, ce qui frappe dans les descriptions de Trousseau, c'est l'existence constante de la formation pseudo-membraneuse. Enfin le pronostic de cette localisation de la diphtérie est considéré par lui comme extrêmement grave en raison

de l'étendue des lésions et de la large surface qui s'offre à la pénétration de la toxine diphtérique. Il a signalé même la gravité exceptionnelle des paralysies succédant à cette forme clinique, paralysies débutant le plus souvent par les membres. Cette gravité exceptionnelle que, dans un instant nous verrons extrêmement diminuée, s'explique évidemment par l'absence, à l'époque de Trousseau, de la médication spécifique que nous possédons aujourd'hui.

Tous les auteurs classiques qui se sont succédé depuis Trousseau mentionnent dans leurs traités la diphtérie cutanée et l'on peut remarquer qu'ils n'enlèvent rien à la description clinique qu'il en avait donnée ; mais c'est surtout le pronostic et le traitement qui varient en raison des découvertes bactériologiques et de la sérothérapie. Voici ce que nous relevons dans le traité des maladies de l'enfance de Hutinel : « Pour que la diphtérie se développe sur la peau, il faut une excoriation qui est souvent produite par des vésicants ; il faut en second lieu la contagion diphtérique. La diphtérie cutanée est donc souvent secondaire. Si elle est primitive, elle se voit dans le voisinage des diphtériques. Les fausses membranes envahissent les parties excoriées et s'étendent si la diphtérie n'est pas traitée : avec le sérum, les lésions cutanées guérissent rapidement. Il faut bien savoir que d'autres microbes peuvent produire des fausses membranes ou des accidents diphtéroïdes au niveau des plaies mais il est facile d'établir ce diagnostic par un examen bactériologique ».

Sevestre et Martin, dans le traité des maladies de l'enfance de Grancher et Comby signalent longuement la diphtérie cutanée. Pour ces auteurs, comme pour les précédents, il faut pour que la diphtérie se développe sur la peau que celle-ci soit dépouillée de son épithélium. Les plaies, les moindres excoriations, les érosions résultant d'herpès, d'eczéma, d'impétigo, d'intertrigo, peuvent être le siège de productions diphtéritiques. Dans ces lésions, le derme apparaît recouvert d'une couenne blanche qui s'étend de proche en proche et envahit souvent avec une grande rapidité une étendue plus ou moins considérable de la peau. La fausse membrane d'abord mince devient de plus en plus épaisse et se forme de couches stratifiées dont les plus profondes adhèrent au derme qui saigne facilement. Sa surface se ramollit, se désagrège, laisse suinter un liquide sanieux et fétide et ressemble souvent à une plaque de sphacèle bien que le plus souvent ce ne soit là qu'une apparence. La physionomie de ces plaques de diphtérie cutanée peut d'ailleurs être modifiée complètement par des applications antiseptiques et surtout par des injections de sérum et il est certain que le pronostic de cette affection n'est plus celui qu'il était à l'époque de Trousseau. La diphtérie cutanée est en effet devenue depuis la sérothérapie notablement moins fréquente et moins grave. Il n'est pas cependant absolument rare d'en observer encore une forme atténuée qui

consiste dans des plaques grisâtres, plutôt sèches qu'humides, discrètes et peu envahissantes; ces plaques se détachent au bout de huit à dix jours ou quelquefois persistent plus longtemps mais sans présenter d'apparence de gravité. La diphtérie cutanée coïncide généralement avec d'autres localisations de la maladie à la suite desquelles elle s'est développée, quelquefois cependant elle constitue la localisation primitive de la maladie et peut alors être méconnue ainsi que nous en avons vu plusieurs exemples; même lorsqu'on y pense, le diagnostic précis est souvent fort difficile et ne peut guère être affirmé que par l'examen bactériologique. La diphtérie cutanée primitive peut être suivie d'angine ou de croup, mais d'autres fois elle reste isolée et peut d'ailleurs, même dans ce dernier cas s'accompagner de tous les phénomènes généraux résultant de l'intoxication diphtérique. Convenablement traitée, elle guérit en général assez facilement, le pronostic de la lésion elle-même n'est pas très grave, mais il peut le devenir en raison des conditions souvent mauvaises dans lesquelles elle se développe.

Tous les autres auteurs classiques, en dehors de ceux que nous venons de mentionner signalent aussi la diphtérie cutanée et lui attribuent les caractères ci-dessus mentionnés. Nous avons insisté à dessein sur ces caractères pour mieux faire ressortir la différence qui existe entre les descriptions classiques, qui répondent évidemment au plus grand nombre de cas, et la relation d'observations atypiques de diphtérie cutanée ainsi qu'on en trouve un certain nombre publiées récemment. Ce qui frappe, en effet, à la lecture des descriptions classiques, c'est l'existence quasi constante de la fausse membrane au niveau des lésions cutanées, condition qui paraît indispensable au diagnostic, c'est aussi la coexistence en d'autres parties du corps de lésions diphtériques typiques (angine, croup ou autres) dont les symptômes sont tellement connus qu'ils conduisent immédiatement au diagnostic. Nous n'avons pas la prétention d'enlever quoi que ce soit au mérite des descriptions classiques qui doivent, on le conçoit, se rapporter aux cas les plus fréquents et nous sommes d'avis qu'elles doivent rester intactes dans nos livres.

Mais on voudra bien ne pas méconnaître tout l'intérêt qui se rattache aux observations qui vont suivre si l'on songe que certaines d'entre elles ne ressemblent en rien au type classique et si l'on envisage le danger qu'il y a pour le malade et son entourage à laisser évoluer sans traitement une lésion aussi grave et aussi contagieuse.

Ce danger est réel si l'on considère que dans ces cas-là le diagnostic peut aisément passer inaperçu; aussi nous rangeons-nous à l'avis de Dawson qui trouve cette catégorie de cas beaucoup plus importants que ceux où il y a coïncidence de diphtérie de la gorge ou de formations membraneuses dans d'autres parties du corps.

« Dans les quelques dernières années, dit cet auteur anglais, un cer-

tain nombre de cas de diphtérie cutanée ont été rapportés. Sur les 10 cas que je rapporte moi-même plus loin, j'en ai observé personnellement 4 et dans 9 d'entre eux, il n'y avait pas de membranes ou autres manifestations usuelles de diphtérie. Je crois que dans la suite, on s'apercevra que ce type de maladie n'est pas aussi rare que le peu de cas rapportés pourrait nous le laisser croire. Tous sauf deux de ces cas sont survenus chez des enfants. Quatre d'entre eux se terminèrent par la mort. Sept d'entre eux étaient du type eczéma impétigineux et dans trois on vit des vésicules et des bulles qui donnèrent naissance à un écoulement abondant. Quatre d'entre eux eurent une conjonctivite grave.

« La forme la plus commune et par conséquent la plus typique s'observe chez les enfants et a l'apparence d'un eczéma impétigineux affectant presque toujours la tête et la face et associée avec conjonctivite grave, quelquefois avec otorrhée et rhinite, le tout formant une entité clinique avec laquelle on peut édifier un diagnostic à peu près certain.

« Le bacille de la diphtérie a été décrit dans bon nombre de cas sans vérification de ses propriétés pathogènes ; mais les microorganismes pseudo-diphtériques inoffensifs sont si communs qu'aucun cas ne doit être pris en considération sans que le bacille ait fait preuve de ses propriétés culturales et surtout de ses propriétés pathogènes pour les animaux de laboratoire.

« Comme on le verra par quelques-uns des cas ci-dessous, la diphtérie cutanée peut beaucoup résister à un traitement banal, mais elle réagit invariablement au sérum.

« Au point de vue pathogénique, j'accepte les vues anciennes de Trousseau à savoir qu'une lésion de l'épiderme est nécessaire à l'invasion de la peau par la dipthérie. »

Observation I (*résumée*). — A. J., 4 ans. Cet enfant m'est confié depuis quelques jours et j'ai l'heureuse fortune de pouvoir vous le présenter. Il y a deux ans, une brûlure profonde de la face nécessita un an de traitement à l'hôpital. Au commencement de l'année il eut des convulsions et la cicatrice de la brûlure commença à suppurer. Il eut aussi de l'eczéma derrière les oreilles pendant quelque temps. En février, il eut une éruption sur le tronc, plus discrète sur les membres. Cette éruption commença à suppurer et prit un caractère impétigineux qui persista à peu près intégralement jusqu'au mois de juin. A ce moment l'œil droit s'enflamma et le nez se mit à couler. Le 1er juillet l'enfant était beaucoup plus mal, du pus coulait des yeux, la face était enflammée, et l'oreille gauche suppurait. Les paupières étaient si œdématiées qu'on ne pouvait les ouvrir. Le 16 juillet le Dr Hare décela le bacille de Loëffler.

Observation II. — En octobre dernier, un homme de 58 ans vient se confier à mes soins. Il présente de nombreuses bulles de la grosseur d'une cerise

à la base du cou, sur les deux bras et à chaque angle de l'œil. Elles étaient pour la plupart groupées, apparaissant rapidement sur une base érythémateuse et durant environ une semaine. L'éruption avait commencé il y a trois mois et provoquait de vives démangeaisons. Je portai le diagnostic de dermatite herpétiforme, je prescrivis de l'arsenic à l'intérieur et une pommade soufrée à l'extérieur. Le malade se trouva mieux pendant quelque temps, mais après un mois de traitement, il était plus mal que jamais. Le contenu d'une bulle récente fut examiné par le Dr Hare et des ensemencements furent faits sur agar-agar et sur sérum qui donnèrent des cultures pures de bacille de Loëffler. Deux cobayes furent inoculés avec une culture en bouillon du bacille et tous deux moururent dans les 28 heures. Deux autres cobayes furent inoculés avec un centimètre cube de bouillon de culture et 1 centimètre cube de sérum. Tous deux survécurent à l'expérience.

Traitement. — Le sérum fut injecté aux dates suivantes : le 17, le 20, le 27 et le 30 novembre. Le malade se trouva mieux dès la deuxième injection et la démangeaison disparut entièrement. Après la dernière injection les bulles ne reparurent pas. Cette observation est remarquable en ce que cliniquement et microscopiquement c'est un cas de dermatite herpétiforme et n'a aucune ressemblance clinique avec les autres cas de ce groupe.

Observation III. — La photographie que je vous montre d'une petite fille de 18 mois est un cas typique de la maladie, si typique que le diagnostic fut porté sur les seules apparences cliniques. Vous verrez que le cuir chevelu et la face sont couverts d'une éruption impétigineuse suppurante. Les paupières sont si gonflées que l'orifice palpébral est complètement fermé et qu'il s'en écoule un pus abondant. La température était élevée et le pouls à 126. Le bacille de la diphtérie fut obtenu par le Dr Hare. Malheureusement l'enfant mourut dans les 24 heures.

Observation IV. — Le Dr Slater rapporte le cas d'une fillette âgée de 13 ans qui vint le voir il y a 3 ans. Elle souffrait d'une inflammation des yeux et elle présentait des taches blanches sur la vulve avec formation de pustules tout autour. Elle fut soignée pour cela dans un hôpital pendant cinq mois sans en retirer un grand bénéfice. Le bacille de Loëffler fut trouvé dans le liquide séreux qui s'écoulait de nombreuses pustules qu'elle avait sur la figure. Une injection de sérum fut promptement suivie de guérison.

Observation V. — Le Dr Eddowes rapporte le cas d'une fillette de 11 ans qui souffrait de pustules sur les bras, les mains, les lèvres et la glotte. On trouva d'abord du streptocoque et du staphylocoque mais plus tard le bacille de Loeffler fut découvert dans le liquide des pustules. Cette malade guérit par l'application d'antiseptiques.

Observation VI. — Une femme âgée de 41 ans (Observ. du Dr Eddowes dans le British medical Journal) qui avait une éruption impétigineuse fut traitée dans un grand hôpital pendant trois ans. Le bacille de Loëffler fut trouvé dans le liquide qui coulait de ses yeux. Elle fut très malade mais l'injection de sérum eut un effet magique la plus grande partie de l'éruption disparaissant en une semaine.

Observation VII. — Labbé et Lamarque présentent un enfant de 4 ans atteint d'une éruption impétigineuse disséminée avec, en plus, un certain nombre d'ulcérations guéries depuis. Le bacille de Loëffler fut trouvé et l'injection de sérum suivie de guérison.

Observation VIII. — Les mêmes auteurs présentent le cas d'un autre enfant de 2 ans 1/2. Il avait un impétigo du cuir chevelu et de la face avec excoriation des lèvres. On trouva du bacille de Loëffler, du staphylocoque et du streptocoque. L'enfant mourut de pneumonie.

Observation IX. — Le cas de Schuchts concerne un enfant âgé de 3 ans atteint de pustules, d'ulcérations bien circonscrites et d'un écoulement purulent de l'oreille. L'enfant mourut de méningite tuberculeuse.

Observation X. — Le Dr Bolton décrit le cas d'un enfant âgé de un an et demi qui avait dans l'aine un point gangreneux entouré d'une auréole inflammatoire. On n'y voyait pas de fausse membrane mais on y trouva le bacille de Loeffler. L'enfant présenta des vomissements et une grande quantité d'albumine dans les urines. Il mourut le 33e jour de la maladie.

Dans la discussion qui suit la lecture de ces observations d'autres auteurs viennent apporter leur contribution à l'étude de ces formes nouvelles de diphtérie cutanée. Le Dr George Pernet (de Londres) remarque qu'il a observé un cas analogue à ceux que l'on vient de rapporter. Il s'agissait d'un enfant soigné pour une lésion gangreneuse dans le voisinage de l'anus. Un traitement local fut institué qui amena la guérison de la lésion anale, mais à ce moment la nurse remarqua que l'enfant présentait des troubles de la déglutition. On fit le diagnostic de paralysie du voile du palais et l'idée d'une lésion diphtérique de la peau vint immédiatement à l'esprit. On fit une injection de sérum malheureusement trop tardive car la mort survint à la suite d'une paralysie du diaphragme.

Le Dr Walsh (de Londres) dit que, d'après les cas rapportés, il lui paraît que les idées présentes sur la diphtérie ont besoin d'être revues et qu'on devrait insister davantage sur les relations intimes qui existent entre la dermatologie et la médecine générale. Il a observé personnellement un grand nombre de conjonctivites diphtériques qui, sans aucun autre symptôme, amenèrent des paralysies.

Le Dr Douglas Heath (Birmingham) dit qu'il a vu lui aussi un cas de diphtérie cutanée à forme impétigineuse étendue sur tout le corps.

Le Dr Griffith (de Londres) insiste sur l'importance qu'il y a à bien différencier les bacilles pseudo-diphtériques d'avec le véritable bacille de Loeffler, et dit qu'il ne faut accepter aucun cas comme démonstratif si les examens de laboratoire ne sont venus démontrer que le bacille est pathogène pour l'animal dans les conditions que l'on sait.

De Dr Richard (de Cardiff) dit que les cas rapportés plus haut sont d'un très grand intérêt pour la santé publique. Ils peuvent être la cause

d'épidémies de diphtérie. Il y a quelques années, il vit une jeune fille qui avait une tache d'eczéma derrière l'oreille gauche : cette tache s'étendit sur la joue et atteignit la commissure labiale. Le bacille de Loeffler fut découvert, et la malade guérit rapidement par l'injection de sérum. Mais la plus jeune sœur contracta une diphtérie typique.

Telles sont les intéressantes observations rapportées par Dawson ; nos recherches dans les travaux anglais nous ont permis d'en découvrir une nouvelle publiée par Brandal, Herley et S. Edin (in The Lancet du 26 juin 1909) concernant un jeune garçon de 18 ans qui se fait une écorchure de la main en heurtant contre un piquet. Trois semaines plus tard la main se gonfle et les ganglions axillaires sont pris. La plaie présente l'aspect d'une pustule de charbon. Pas de fièvre, pas d'angine. L'examen bactériologique de la plaie montre le bacille de la diphtérie, l'examen de la gorge reste négatif. L'injection de sérum amène la guérison en trois semaines.

Toute la bibliographie allemande, concernant la question qui nous occupe, se trouve rapportée dans un article de Marschalko (in Archiv für Dermatologie und Syphilis, tome XCIV. 2. u. 3. Heft. 1909, page 379).

D'après lui, le premier cas de diphtérie de la peau contrôlé bactériologiquement est rapporté par Neisser en 1891. Il cite les travaux de Bokay, Abel, Gerloczy. Ce dernier auteur rapporte le cas d'un enfant d'un an qui présentait une ulcération de la région inguinale gauche. On y trouva le bacille de Loeffler. Rien dans la bouche. La sérothérapie amena la guérison. Baginsky, Schwabs, Adler signalent aussi la diphtérie cutanée, ce dernier auteur même a inoculé le bacille diphtérique trouvé sur la peau dans les deux conditions suivantes : 1° par auto-inoculation, qu'il a fréquemment réussie chez le nourrisson ; 2° d'un individu à un autre.

Schuchts rapporte trois cas de diphtérie de la peau chez trois enfants présentant des ulcérations de l'abdomen, des grandes lèvres, des cuisses et de la région inguinale. Dans un quatrième et cinquième cas il signale encore la diphtérie de la peau chez un enfant de 3 ans atteint d'ecthyma et chez un homme de 31 ans porteur d'une lésion du dos de la verge à type phagédénique. Dans ces deux cas on trouva dans les lésions le bacille de Loeffler.

Enfin, l'auteur de l'article, Marschalko, rapporte lui aussi un cas personnel de diphtérie de la peau observé chez un enfant de 1 an et demi porteur d'une ulcération ovalaire à la commissure labiale gauche et à l'orifice des deux oreilles. Grande ulcération ovalaire de 1 centimètre sur 3 centimètres dans la région inguinale droite.

Le diagnostic, dit-il, n'était pas aisé et on pouvait penser à une infection pyogène, à de l'ecthyma. L'examen des sécrétions cutanées donna les résultats suivants : on trouva des spirilles et du bacille fusiforme,

du streptocoque et du staphylocoque mais l'ensemencement sur sérum montra du bacille de Loeffler.

La mort survint malgré l'injection du sérum.

Ce sont là toutes les observations que nous avons pu recueillir sur le sujet qui nous occupe. Nous ne faisons pas entrer dans le cadre de ce travail toutes les observations de diphtérie cutanée sans distinction, et c'est à dessein que nous en écartons ce que l'on peut appeler le type classique décrit déjà de longue date par Trousseau, ne voulant conserver que les formes atypiques de la maladie, celles qui facilement pourraient donner le change au diagnostic et en imposer souvent pour une affection bénigne alors qu'il s'agit de diphtérie. Comment, en effet, ne pas être frappé par certaines des observations de Dawson dans lesquelles la lésion diphtérique se dissimule uniquement sous la forme d'un eczéma, d'un impétigo ou d'une bulle ? Il serait superflu d'insister sur ce point pour faire ressortir combien il est important pour le praticien de connaître ces formes atypiques et trompeuses de diphtérie cutanée, et l'on comprend les regrets formulés par Marschalko que ces formes soient insuffisamment décrites dans les manuels classiques et qu'il faille recourir à des traités de pathologie spéciale pour avoir des renseignements sur une maladie aussi importante.

Aussi croyons-nous intéressant d'ajouter aux observations que nous venons de résumer, un cas personnel qu'il nous a été donné d'observer tout récemment.

Observation personnelle. — Y. B., fillette de 7 ans et demi.

Pas d'antécédents héréditaires intéressants.

Les antécédents personnels se bornent à une coqueluche à l'âge de 4 ans et une rougeole à 5 ans.

Elle jouit depuis lors d'une bonne santé et à la rentrée d'octobre elle a repris sa classe comme d'habitude.

Le 17 octobre 1911, nous sommes appelé car elle présente un malaise général avec prostration, des épistaxis et quelques vomissements. La température est de 37°,8, le pouls bat à 110 par minute. Nous la revoyons le lendemain et constatons l'apparition d'un ictère cutané et conjonctival bien caractérisé avec coloration foncée des urines et décoloration des matières fécales.

La température est de 37°,5, le pouls bat à 110.

Ce jour-là notre attention est attirée par un écoulement purulent de la narine droite que la mère explique par un coryza vulgaire dont sa fille souffre depuis *un mois environ*. La mère de la petite malade est autrement préoccupée par un écoulement vulvaire qui est apparu également depuis quelques jours. Elle retire, nous dit-elle, de la vulve des mèches purulentes concrètes de la grosseur du petit doigt qui paraissent s'être moulées dans la cavité vaginale. Entre temps, on peut constater un écoulement constant de pus jaune verdâtre.

Comme phénomènes subjectifs, la petite malade présente de la cystite

avec une dysurie telle qu'elle retient ses urines une journée entière pour éviter les douleurs.

Enfin pour être complet, nous devons signaler l'apparition ce jour-là de plusieurs boutons d'acné sur les fesses et d'un furoncle au niveau de l'avant-bras droit, autant de signes, il faut bien l'avouer, auxquels nous n'attachons qu'une minime importance.

En effet, de cet ensemble morbide nous ne retenons que l'ictère catarrhal, qui évolue normalement, la rhinite purulente et l'écoulement vulvaire si anormal chez une fillette de cet âge. Nous pensons à une vulvite gonococcique bien que l'enquête étiologique à laquelle nous nous sommes livré ne nous ait révélé rien de précis si ce n'est que l'enfant couchait à ce moment avec une de ses tantes en traitement pour une métrite. Un exament bactériologique était nécessaire ; nous pratiquons avec le pus nasal et le pus vulvaire deux frottis que nous colorons simplement au violet de Gentiane.

Ils présentent tous deux de grandes quantités de gonocoques.

Dès lors le diagnostic ne paraît pas douteux : nous sommes en présence d'un ictère catarrhal bénin, d'une vulvite à gonocoques avec ensemencement secondaire des fosses nasales.

L'état général n'est pas mauvais ; à signaler seulement des traces d'albumine dans les urines.

Un traitement approprié est institué : lavage des parties génitales externes avec une solution de permanganate à 1 pour 4000, injections vaginales de la même solution au moyen d'une sonde de Nélaton ; lavage du nez au permanganate et instillations bi-quotidiennes d'huile goménolée.

Ce traitement est scrupuleusement suivi pendant une semaine lorsque le 24 *octobre* nous sommes mandé à nouveau pour constater l'état de la petite malade.

L'écoulement nasal et vulvaire persiste toujours avec la même intensité malgré le traitement, et le furoncle de l'avant-bras, mentionné ci-dessus, loin d'être guéri, a évolué de telle sorte qu'il ressemble à s'y méprendre à une pustule vaccinale en pleine activité.

La sécrétion nasale est ensemencée ce jour-là sur sérum et le lendemain 25 *octobre*, quel n'est pas notre étonnement de nous trouver en présence de belles préparations de bacille de Loeffler. Notre diagnostic de gonococcie immédiatement rectifié par la bactériologie, nous pratiquons le soir même une injection de 20 centimètres cubes de sérum antidiphtérique.

Dans les 48 heures qui suivent l'injection, il y a une amélioration notable caractérisée par la diminution des sécrétions nasale et vulvaire, suivie bientôt d'une nouvelle recrudescence des symptômes.

Le 29 octobre, ensemencement sur sérum du pus de la vulve qui révèle lui aussi la présence du bacille de Loeffler.

Nouvelle injection le 30 *octobre* de 20 centimètres cubes de sérum antidiphtérique suivie elle aussi d'une amélioration passagère et d'une nouvelle recrudescence.

Le 3 *novembre*, devant l'amélioration remarquée d'une part au niveau du furoncle de l'avant-bras qui s'est presque complètement flétri sous l'influence du sérum de Roux (car nul autre topique n'a été employé) et,

d'autre part, nous trouvant en présence d'une diphtérie généralisée à la vulve et au nez, nous avons l'idée d'ensemencer sur sérum une parcelle du pus de ce furoncle. Là encore cet ensemencement donne naissance à des cultures de bacille de Loeffler.

Troisième injection de sérum antidiphtérique.

Notre diagnostic est, dès lors, complet et nous sommes en présence d'une diphtérie nasale vulvaire et cutanée.

Ce même jour, en effet, nous pouvons nous rendre compte par de nouvelles préparations du pus vulvaire, que nos premières investigations qui nous avaient révélé du gonocoque, étaient insuffisantes, le prétendu gonocoque n'étant que du pseudo-gonocoque prenant le Gram.

Recherches bactériologiques. — Le 7 *novembre* un cobaye est inoculé avec un centimètre cube de culture en bouillon provenant de la diphtérie cutanée. Il meurt trente heures après avec les lésions classiques de l'intoxication diphtérique à savoir un œdème gélatineux local très prononcé au point d'inoculation, une pleurésie double de plusieurs centimètres cubes de liquide, et une grosse hypertrophie des capsules surrénales.

L'épreuve des sucres est positive.

Le 20 *novembre*, nouvel ensemencement sur sérum du pus du nez et de la vulve. Il y a encore du bacille de Loeffler, mais les colonies sont plus rares et moins pures. Elles se perdent dans celles de staphylocoques, et il faut en prélever plusieurs pour déceler le bacille spécifique.

Quatrième et dernière injection de sérum antidiphtérique après laquelle on observe quelques épistaxis.

A partir de ce moment, l'état général de la malade, qui d'ailleurs n'est pas mauvais depuis la disparition de son ictère, s'améliore encore ; elle commence à sortir et le 15 *décembre* l'ensemencement de ses sécrétions nasales qui ont perdu le caractère purulent ne permet plus de déceler le bacille diphtérique.

Le furoncle de l'avans-bras laisse à sa place une légère cicatrice nacrée analogue à celle qu'aurait laissée un furoncle banal.

Seule la vulve laisse encore s'écouler une sérosité blanchâtre tellement tenace qu'aujourd'hui encore 12 *janvier* 1912, c'est-à-dire trois mois après le début des accidents, elle renferme du bacille de Loeffler.

Si nous avons décrit un peu longuement cette observation, c'est qu'elle nous a paru intéressante à plusieurs points de vue : d'abord par la sournoiserie de l'évolution de la maladie, cachant sous les apparences d'un coryza vulgaire et d'une vulvite à gonocoques, une rhinite et une vulvite diphtériques : intéressante encore par les localisations anormales de la maladie : la vulvite diphtérique est en effet une affection rare comme on s'en rendra compte à la lecture d'un travail de Smith (in New-York medical Journal, 7 janvier 1911) qui a observé une vulvite à bacille de Loeffler chez une fillette de 3 ans indemne par ailleurs de toute lésion diphtérique.

Enfin, la plus grande partie de l'intérêt que présente cette observation nous paraît résider dans le caractère des lésions cutanées.

Il est, tout d'abord, important de faire remarquer que l'enfant ne présentait antérieurement à sa maladie aucune trace de lésion de la peau. Or les lésions que nous remarquons sur les fesses et sur l'avant-bras droit, ne sont ni de l'eczéma, ni de l'herpès, ni de l'impétigo, ni de la gangrène, comme cela existe dans les observations rapportées plus haut, ce sont de *vulgaires furoncles, une pyodermite banale* ; de là, d'ailleurs, le titre que nous donnons à ce travail. Inutile d'ajouter que sans les indications d'un ensemencement, jamais nous n'eussions pensé que ces lésions cutanées étaient dues au bacille de Loeffler.

Au point de vue du traitement, on remarquera la rapidité avec laquelle ont guéri les lésions cutanées comparativement aux lésions nasale et vulvaire, cette dernière surtout qui trois mois après le début de la maladie, et en dépit de quatre injections de sérum renferme encore du bacille de Loeffler.

La conclusion que nous pouvons tirer de cette vue d'ensemble sur la diphtérie cutanée, c'est qu'il faut attacher une grande importance aux lésions de la peau, si minimes soient-elles, chez les diphtériques ou les personnes de leur entourage. Il est probable qu'elle est moins rare que ne le laisserait supposer le petit nombre de cas publiés. Nous sommes entièrement d'accord avec les auteurs précédents pour reconnaître qu'il ne faut prendre en sérieuse considération que les cas ayant été l'objet d'un examen bactériologique complet à savoir, l'ensemencement sur sérum, l'inoculation au cobaye et épreuve positive des sucres, réaction que certains auteurs considèrent comme essentielle.

On se souviendra enfin du *polymorphisme* de la diphtérie cutanée comme on peut s'en rendre compte par la lecture des observations relatées ci-dessus, et l'on ne perdra pas de vue qu'elle peut se dissimuler sous les formes les plus diverses comme l'eczéma, l'herpès, l'impétigo, la gangrène (observations de Dawson et de Marschalko) ou même la simple pyodermite à forme acnéique et furonculeuse banale comme dans notre observation personnelle.

BIBLIOGRAPHIE

Marschalko, Ueber Hautdiphterie. *Archiv. für Dermatol. und Syph.*, XCIV. Band, 2. u. 3. Heft. 1909, p. 379.

Brandal, Herley et S. Edin, *The Lancet*, 26 juin 1909. Un cas de diphtérie des plaies.

G.-W. Dawson, Cutaneous Diphteria. *British medical Journal*, 24 septembre 1910.

RECUEIL DE FAITS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES SYPHILIS LATENTES. — PSORIASIS GUTTATA SYMÉTRIQUE DES DEUX MEMBRES SUPÉRIEURS, GUERI PAR LE TRAITEMENT SPÉCIFIQUE CHEZ UN MALADE TRÈS PROBABLEMENT ANCIEN SYPHILITIQUE.

Par le Dr **Pied.**

L'observation que nous rapportons ici nous paraît mériter d'être classée parmi les faits, encore peu nombreux, mais incontestables qui démontrent l'action du traitement hydrargyrique sur le psoriasis.

Au mois d'avril 1903, M. le Dr Biron nous envoya auprès d'un de ses clients, M. G. qu'il nous dit atteint de psoriasis rebelle, résistant depuis des mois à tout traitement.

Cet homme, âgé de 46 ans, présentait du psoriasis guttata symétrique des deux membres supérieurs. En apparence, rien ne distinguait les lésions qu'il présentait du psoriasis vulgaire : les gouttes offraient même après grattage progressif le piqueté hémorragique caractéristique.

Il présentait une leucoplasie linguale et buccale des plus nettes.

Le malade niait énergiquement la syphilis et même toute maladie antérieure.

Ce qui nous fit songer chez lui à la possibilité de la spécificité, ce fut surtout et avant tout l'état leucoplasique de la muqueuse buccale, puis la résistance de l'éruption au traitement classique du psoriasis.

Nous fîmes à ce malade une série de quinze injections de cacodylate iodohydrargyrique. Dès la huitième, les lésions avaient disparu presque en totalité ; à la quinzième, il n'en restait plus aucune trace, à part quelques pigmentations disséminées.

Nous exposâmes alors au malade la nécessité qu'il y aurait pour lui à se soumettre à un traitement régulier. Il refusa nettement et parut même nous garder rancune de l'avoir éclairé sur sa santé. Il ne présenta plus de psoriasis, mais succomba en quelques heures au mois d'octobre 1910 à une hémorragie cérébrale.

Nous ne pensons pas que nous ayons le droit de classer nettement le fait que nous venons de rapporter parmi les manifestations latentes de la syphilis et d'en faire une éruption syphilitique, car, au point de vue objectif il s'agissait bien d'un psoriasis, et le malade ne présentait aucun signe d'infection récente pouvant faire croire à une syphilide papulo-squameuse, ou psoriasiforme.

Nous croyons qu'il s'est agi là vraisemblablement d'un psoriasis vrai développé sur terrain spécifique.

L'action remarquable et rapide du traitement nous a révélé la nature du terrain, nous permettant de dépister une syphilis latente.

La leucoplasie linguale coexistante, le genre de mort du malade (tué sept ans après, à 53 ans, en quelques heures par une hémorragie cérébrale) semblent confirmer cette hypothèse.

L'absence de récidive pendant le reste de la vie prouve que dans ce cas l'évolution du psoriasis était gouvernée par l'état du terrain. Elle montre aussi que quelle que soit la nature intime du psoriasis (nature encore inconnue) il faudra dans certains cas, pour guérir le malade, s'efforcer de modifier le terrain.

REVUE DE DERMATOLOGIE

Pathologie générale cutanée.

Sur « les troubles vasculaires de la peau et leur parenté avec d'autres états morbides » (On « the vascular disorders of the skin and their relationship to other morbid states »), par T. Colcott Fox, W. Osler, Malcolm Morris, A. Edowes, L. Roberts, I.-H. Sequeira. *British medical association,* 1911. *The British journal of dermatology,* août 1911, p. 258.

T. Colcott-Fox : L'auteur limite tout d'abord le sujet aux trois groupes symptomatiques éruptifs dans lesquels les vaisseaux sanguins sont spécialement modifiés, l'érythème, le purpura et l'urticaire. Il y joint certaines formes de lupus érythémateux.

Après avoir défini les érythèmes et rappelé le groupe des exanthèmes ou rash de Wilson, il note que les affinités cliniques et les parentés étroites de beaucoup d'éruptions peuvent être reconnues. Il croit, malgré la division de Hebra en éruptions exclusivemont épidermiques et en éruptions d'origine exsudative, que ces deux groupes de réactions cutanées forment une seule famille.

Le rash est un épiphénomène plus ou moins marqué dépendant d'un désordre constitutionnel, qui peut affecter des organes variés : la néphrite, l'endocardite, les troubles gastro-intestinaux graves, la pneumonie, la pleurésie, l'arthritisme et même l'hémiplégie peuvent être mis en cause ; une observation d'Osler en est la preuve : elle montre que des troubles hépatiques peuvent entraîner un érythème hémorragique chronique.

Les lésions du purpura se réduisent à l'exsudation hors des vaisseaux de globules rouges dans les lésions érythémateuses, pouvant masquer parfois la lésion originelle. Le purpura peut être consécutif à une maladie infectieuse microbienne, à titre primitif ou secondaire, avec une marche aiguë ou chronique : les microbes incriminés ont été trouvés dans le sang et dans les plaques éruptives.

Dans d'autres cas on n'a pu découvrir aucun micro-organisme, et l'éruption paraît provoquée par des toxines.

Enfin il existe un autre groupe dans lequel on ne peut incriminer ni toxines ni microbes, mais une toxémie telle que la grossesse.

Bien d'autres facteurs étiologiques du purpura sont discutés : l'existence d'un certain degré d'hyperthermie, d'une lymphocytose, suggèrent l'idée d'un processus infectieux ou toxique.

Les altérations du sang tels que les troubles de la coagulation sont également étudiés dans ce travail, ainsi que les expériences de Hayem relatives aux modifications hématiques qui favorisent la thrombose et l'embolie.

Le rôle des toxines dans la production de la vasodilatation est ensuite dis-

cuté ainsi que la pathogénie de leur action sur les centres vasodilatateurs ou sur les vaisseaux.

En ce qui concerne l'urticaire, F. rappelle son étiologie et ses symptômes : quelques auteurs ont avancé récemment que l'éruption urticarienne est d'origine inflammatoire, liée à l'action immédiate sur les vaisseaux d'une influence irritante, au lieu d'être attribuée à un trouble des réflexes vasomoteurs : il ne partage pas cette opinion hypothétique.

Enfin le lupus érythémateux est décrit en détail, particulièrement dans ses modifications histologiques. Il est parfois difficilement diagnostiqué d'avec l'érythème ; il existe cependant des différences : très rare dans l'enfance, le lupus érythémateux atteint de préférence le sexe féminin.

Il coexiste souvent avec des lésions tuberculeuses et paraît inoculable comme l'ont démontré de Beurmann, Gougerot et Arndt.

W. Osler examine ces questions en clinicien général non en spécialiste ; il s'occupe surtout des complications viscérales des érythèmes, d'après 29 observations dont 7 terminées par la mort. Il est frappé par l'alternance des lésions cutanées : un même malade a présenté, successivement par exemple, du purpura, de l'urticaire et un œdème angioneurotique.

Les lésions viscérales concomitantes ou de remplacement sont variables, les plus connues sont les répercussions abdominales, crises gastriques, vomissements, douleurs vives ou simples coliques intestinales, souvent confondues avec une appendicite ; quelques malades ont été opérés alors qu'il s'agissait seulement d'œdème ou d'hémorragie interstitielle des parois de l'intestin ou de l'estomac. Un point à souligner est la persistance possible de ces troubles durant des années sans qu'apparaisse de longtemps la lésion cutanée.

Ensuite, par ordre de fréquence viennent les complications rénales ; dans 14 cas sur 29. O. a noté la présence d'albumine avec cylindres et la présence de sang dans 7 cas, avec tous les autres signes d'une néphrite aiguë ; sur ces 7 malades, 7 sont morts d'urémie.

Les complications de l'appareil respiratoire ont été rarement sérieuses sauf dans plusieurs cas d'œdèmes angio-neurotiques, où la mort est survenue par œdème de la glotte ; l'association de l'asthme et de l'urticaire est bien connue.

L'endocardite n'a pas été fréquente, sauf dans quelques observations de purpura rhumatismal.

Enfin O. insiste sur un fait important, la fréquence des crises intestinales douloureuses chez les hémophiles ; chez eux, une erreur de diagnostic, entraînant une opération, aurait des conséquences particulièrement graves.

Malcolm Morris, afin de limiter le sujet, examine successivement en deux groupes :

a) Les cas aigus ; *b*) les cas chroniques ou récidivants. Dans les premiers il existe de grandes difficultés de diagnostic surtout dans les cas rappelant les exanthèmes ; de même dans les premières poussées d'œdème angio-neurotique.

La longue durée ou les rechutes des érythèmes ont souvent une origine obscure. Un malade soigné une première fois pour un érythème iris, présenta plus tard une éruption généralisée de pityriasis rubra, puis devint

aliéné et mourut dans un asile : on constata à l'autopsie qu'il n'avait qu'un seul rein, encore était-il un type de gros rein blanc.

Le rôle de l'idiosyncrasie a une part prépondérante dans l'origine de ces éruptions, comme le démontre le fait bien connu de l'intoxication par les œufs.

L'examen microbiologique des fèces est utile : l'usage des « vaccins » peut rendre des services ; par exemple la cure de vaccins fait avec du bacille coli contre l'œdème angioneurotique a donné de bons résultats. Dans d'autres cas la guérison est survenue par le traitement hydrominéral de Plombières.

A. Eddowes cite quelques cas dans lesquels la cause de l'érythème a pu être saisie sur le fait : un homme de 85 ans fut atteint d'urticaire aiguë après ingestion de bière aigre ; chez un enfant une poussée d'urticaire, avec symptômes généraux a disparu après libération de l'intestin ; un malade présentant du purpura est envoyé dans un hôpital d'isolement avec diagnostic de variole, et guérit en 48 heures grâce à un purgatif. E. aurait observé un cas de lupus érythémateux guéri par une cure de lait aigri ; il aurait vu aussi un cas d'urticaire papuleuse, compliqué d'impetigo, rebelle aux traitements externes et aux antiseptiques intestinaux, guéri par l'usage du fer et des phosphates.

Leslies Roberts distingue cliniquement : *a*) les œdèmes angioneurotiques et l'érythème ; *b*) les troubles vasculaires suivis d'atrophie des tissus voisins ; *c*) les troubles vasculaires avec hémorragie consécutive.

Il admet trois variétés de lupus érythémateux : 1° la forme fixe en placards discoïdes observée sur la face et les mains ; 2° la forme disséminée chronique, associée à l'albuminurie et souvent à la tuberculose ; 3° les formes aiguës d'emblée, avec fièvre, pouls rapide et pronostic fatal.

Le lupus érythémateux a des rapports avec la tuberculose, mais rien ne prouve le rôle des toxines bacillaires ; ce serait une manifestation cutanée d'origine toxémique, en rapport avec un état pathologique des ganglions lymphatiques. Les affections accompagnées d'hémorragies cutanées seraient associées à des troubles des organes hématopoiétiques : R. cite à ce propos un cas de leucémie myéloïde, dans laquelle les hémorragies cutanées se manifestèrent sous formes de pétéchies, d'ecchymoses légères et d'hématomes.

I.-H. Sequeira se borne à parler de la forme aiguë du lupus érythémateux et de ses relations avec la tuberculose.

Il regrette la confusion établie par le terme de lupus, bien propre à troubler les idées. Le lupus érythémateux est probablement d'origine toxique, et impossible à différencier cliniquement des formes communes des érythèmes, sauf par sa distribution et sa persistance.

La forme aiguë peut évoluer insensiblement vers une forme fixe et chronique avec tous les cas intermédiaires.

La difficulté du diagnostic peut être très grande : par exemple chez cette jeune fille de 15 ans, qui présenta un état fébrile durant quelques mois avec fétidité anormale des selles, présence du bacille coli dans ces déjections. En même temps évoluèrent un érythème en forme de papillon sur la face, et des placards isolés sur le dos des mains, des pieds, sur les cou-

des et les genoux ; évolution sans albuminurie ni traces de tuberculose. Dans un deuxième cas une jeune fille est atteinte de lupus érythémateux typique, avec fièvre ; elle meurt de tuberculose abdominale avec des ganglions médiastinaux. Chez une troisième malade, une jeune fille aussi, se développe une éruption typique sur le visage et les extrémités : anasarque, albuminurie avec cylindres, mort ; à l'autopsie on constate l'existence d'une néphrite glomérulaire, et de tubercules calcifiés des sommets des poumons, sans tuberculose ganglionnaire médiastinale.

Une quatrième observation met en évidence le rôle d'une même toxine pour créer des lésions érythémateuses et hémorragiques.

S. conclut que l'on ne peut actuellement distraire la tuberculose de l'étiologie du lupus érythémateux mais qu'une toxémie d'origine intestinale est apte à créer des lésions analogues de la peau. G. Petges.

Physiologie cutanée.

Sur la physiologie des phénomènes pilomoteurs et annexes chez l'homme (Zur Physiologie der pilomotorischen und der ihnen verwandten Erscheinungen beim Menschen), par Sobotka. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 105, p. 3 et 515.

Les phénomènes dus à la contraction des arrecteurs peuvent être déterminés par des agents mécaniques, thermiques ou électriques ; c'est en vain qu'on a tenté de les produire par la lumière ou les rayons de Röntgen.

Leur intensité est variable selon les sujets et pour le même sujet suivant les parties observées. Certains points provoquent la réaction sur toute une moitié du corps tandis qu'ailleurs elle est étroitement limitée. La région de la nuque est le point d'élection. Elle s'étend alors par ondes excentriques ou concentriques, très rarement par bonds, passant du territoire d'un nerf cutané à un autre dont les connexions sont étroites ; toutefois une disposition nerveuse ou métamérique ne s'observe qu'exceptionnellement.

L'onde ne franchit jamais la ligne médiane, ni la ligne décrite par Mackensie et correspondant aux limites des territoires innervés d'un côté par les nerfs cervicaux de l'autre par les nerfs dorsaux.

Des excitations électriques, la plus intense et la plus propice à l'expérimentation est le courant faradique ; les fortes variations du courant galvanique donnent également une réaction étendue.

L'influence du froid est bien connue. Elle ne détermine l'arrection sur le corps que si elle porte soit sur la nuque, soit sur de très vastes surfaces. L'intensité est plus marquée si une irritation mécanique s'ajoute à l'action du froid. La chaleur peut produire les mêmes effets.

La peau ansérine semble résulter d'un réflexe émanant de centres médullaires disposés en cordons et communiquant entre eux pour un même côté. L'arrêt brusque du phénomène au niveau de la ligne médiane est en faveur d'une séparation fonctionnelle des parties profondes du système.

Toutefois. l'excitation directe des éléments cutanés peut y jouer un rôle mais il est difficile de délimiter l'importance respective de ces deux éléments.

Sur la peau enflammée, les excitations locales trouvent un terrain parti-

culièrement propre à réagir par l'arrection pilaire alors que l'effet des excitations lointaines n'y est nullement exalté. Certaines dermatoses tendent au contraire à les restreindre. Les lésions nerveuses soit centrales soit périphériques modifient le phénomène ; la séparation du système pilomoteur en deux groupes, droit et gauche, se confirme très bien dans les cas pathologiques. On y trouve aussi l'occasion d'étudier l'anatomie du système pilomoteur : c'est ainsi que S. croit pouvoir affirmer que l'appareil pilomoteur de la partie latérale de la jambe appartient au sciatique et correspond aux nerfs sensitifs. PELLIER.

Vernix caseosa.

Nouvelles recherches sur le vernix caseosa (Neue Untersuchungen über Vernix caseosa), par UNNA et GOLODETZ. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 107, p. 421.

Mémoire étendu, avec abondants détails techniques et dont voici les conclusions :

Chimiquement. — Le vernix caseosa est une substance cornée très riche en cholestérines, ne contenant ni iso-, ni oxycholestérines. La graisse du vernix caseosa est semblable à la graisse cellulaire, et non à la graisse glandulaire de la peau, et elle se rapproche beaucoup de la graisse de la couche cornée de l'adulte.

Microchimiquement. — Le vernix caseosa contient beaucoup de glycogène, moins que la couche cornée du nouveau-né ; cette dernière en reçoit aussi des appareils pilo-sébacés et sudoripares (excepté la plante du pied).

Le vernix caseosa contient de l'éléidine. Les sudoripares du nouveau-né contiennent du glycogène, mais non de la graisse.

Les glandes sébacées du nouveau-né contiennent des éthers gras, mais non des acides gras ; mais le vernix caseosa contient beaucoup d'éthers gras et très peu d'acides gras.

Histologiquement : Il n'y a pas de graisses d'origine sébacée dans le vernix caseosa. — Les obstructions pseudo-comédoniennes pilo-sébacées des aisselles et des aines sont closes et ne modifient pas le vernix caseosa. Les glandes sébacées ouvertes du cuir chevelu ne modifient pas non plus le vernix caseosa.

La graisse osmiée du vernix caseosa se distingue de la graisse osmiée des sébacées, cette dernière compacte et noire, l'autre bigarrée de noir et blanc.

Dans le vernix caseosa la graisse est intra-cellulaire.

La membrane des cellules du vernix caseosa se laisse pénétrer par l'huile. Ces cellules se différencient histochimiquement des cellules cornées par plusieurs réactions colorées.

Elles contiennent de la kératine A, de la kératine B et des albumoses comme les cellules cornées de l'adulte.

Il n'y a pas de kératohyaline, mais beaucoup d'éléidine dans l'épiderme du nouveau-né. La présence de cette éléidine et du glycogène sont les premiers symptômes de la kératinisation.

Le développement des sudoripares lors de la naissance varie considérablement suivant les régions.

Au point de vue histotechnique : le meilleur fixateur de l'éléidine dans la peau du nouveau-né est la formaline ; le Fleming rend aussi de très bons services.

Pour le glycogène, mieux vaut le Fleming.

En conséquence :

Le vernix caseosa n'est pas une graisse pure (comme le disent Ruppel, Liebreich).

Le vernix caseosa ne contient point de graisse d'origine sébacée (quoiqu'en disent Kölliker, Bischoff).

La graisse du vernix caseosa n'est pas une graisse de sécrétion, mais une graisse cellulaire, probablement spéciale aux cellules cornées du fœtus.

La graisse apparente du vernix caseosa provient de l'exsudation de la graisse endo-cellulaire.

La kératinisation de l'épiderme du fœtus s'opère plus simplement que celle de l'adulte, en ce sens que la kératohyaline n'intervient pas, mais seulement l'éléidine et le glycogène.

Le vernix caseosa des nouveau-nés représente le reste de la couche cornée de la période précoce du fœtus (de 6 à 8 mois). Ch. AUDRY.

REVUE DE VÉNÉRÉOLOGIE

Blennorrhagie.

Arthrites blennorrhagiques.

Contribution à l'étude du rhumatisme blennorrhagique (Beitrag zur Kenntnis des sog. Tripperrhumatismus), par James STRANDBERG. *Archi für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 107, p. 177.

Étude résumée de 104 cas observés sur 2 681 hommes et de 26 cas sur 1 124 femmes atteints de blennorrhagie, soignés en 10 ans dans le service de Welander.

Rien de très spécial à noter que la fréquence de la conjonctivite séro-vasculaire, avec ou sans iritis (14 cas). Outre ces 14 cas, on observe 2 fois cette même conjonctivite sans accidents articulaires.

2 cas d'endocardite.

La durée moyenne de la maladie a été de 60 jours pour les hommes, de 106 jours pour les femmes. Ch. AUDRY.

Traitement des arthrites blennorrhagiques par l'injection iodée (Die Behandlung der gonorrhoischen Gelenkentzündung mit Injektion von Iodtiuktur), par O. HILDEBRAND. *Berliner klinische Wochenschrift,* 1911, n° 31, p. 1410.

H. a traité avec succès bon nombre d'arthrites blennorrhagiques du genou droit et une arthrite de l'épaule en y injectant 5 grammes de teinture d'iode. Ch. AUDRY.

A propos du traitement de l'arthrite blennorrhagique, par F. RAMOND. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris,* n° 21, p. 308.

L'auteur a traité durant les vacances cinq cas d'arthrites blennorrhagiques : deux à forme pyarthrosique grave, trois à forme d'hydarthrose.

Dans les cinq cas l'auto-vaccination (méthode de Gilbert, de Genève) donna les plus heureux résultats.

La méthode on le sait consiste à retirer du liquide articulaire par ponction et d'en injecter sous la peau des doses variables (de 2 à 10 centimètres cubes).

Dans les deux cas de pyarthrose, l'auteur ne stérilisa pas le liquide, mais s'assura par des examens microscopiques répétés qu'il ne renfermait pas d'éléments microbiens. A. FAGE.

Cytologie dans la blennorrhagie.

Recherches sur les cellules éosinophiles et les leucocytes baso-

philes (mastzellen) dans le sang et le pus des blennorrhagiens (Uber Blut-und Sekret-Untersuchungen auf eosinophile Zellen und basophile Leukozyten (Mastzellen) bei Gonorrhoikern), par M. Schuh. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 109, p. 101.

Les recherches qui ont eu pour objet l'étude des éosinophiles du pus blennorrhagique sont très nombreuses, mais beaucoup moins celles concernant les mastzellen.

Les opinions sont très contradictoires et la genèse des mastzellen n'est nullement élucidée.

La plupart des observateurs disent qu'il n'y a pas parallélisme entre le nombre des mastzellen du sang et le nombre de ceux du pus.

Au contraire, dans la plupart des cas qu'il a examinés, S. a pu constater un parallélisme évident dans l'augmentation des éosinophiles et des mastzellen dans le sang et le pus des blennorrhagiens.

Une telle constatation (qui avait déjà été faite pour les éosinophiles) plaide contre l'élaboration locale des éosinophiles et des mastzellen.

Ch. Audry.

Kératoses blennorrhagiques.

Sur l'étude clinique des hyperkératoses blennorrhagiques (Beitrag zur Klinik der gonorrhoischen Hyperkeratosen), par E. Arning et H. Meyer Delius. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 108, p. 3.

A. et M. D. commencent par indiquer brièvement les travaux antécédents sur ce sujet. En particulier, ils insistent sur le travail de Baermann. Eux-mêmes ont recueilli 20 observations en 3 ans sur 4 300 hommes atteints de blennorrhagie.

Dans les 4 premiers cas, exanthème des pieds, du pénis, des mains. La lésion plantaire est conforme au type classique : soulèvement corné à relief géographique, efforescences jaunes, etc. Les 4 malades ont présenté de la fièvre, des polyarthrites, etc. Dans un cinquième cas, l'éruption récidiva avec la blennorrhagie.

Au microscope (Lewandosky), inflammation aiguë. Les altérations de l'épiderme siègent principalement dans les plans superficiels de la couche épineuse et aboutissent d'abord à des formations vésiculeuses ; ce caractère vésiculeux était très net sur un sixième malade de A. et M.

On a déjà remarqué que la balanite circinée s'observait très souvent chez ces malades. A. et M. observent à ce sujet qu'ils n'ont jamais rencontré la balanite circinée au cours d'une blennorrhagie sans qu'elle soit accompagnée d'accidents métastatiques oculaires ou articulaires.

Les auteurs français qui ont étudié les hyperkératoses blennorrhagiques ne mentionnent pas cette balanite circinée.

A. et M. D. concluent : il existe une infection blennorrhagique caractérisée par des polyarthrites non ankylosantes, la conjonctivite endogène et les soi-disant kératoses blennorrhagiques. Cette variété se présente sous forme de balanite circinée, avec ou sans lésions des pieds, des mains ou d'autres territoires de la peau. Initialement, la lésion est vésiculeuse, puis parakératosique et croûteuse. On peut du reste observer des formes de transition à d'autres exanthèmes blennorrhagiques. Ch. Audry.

Myélite blennorrhagique.

Myélite dorso-lombaire aiguë au cours d'une blennorrhagie récente, par Olmer. *Société de neurologie de Paris,* 7 juillet 1910. *Revue neurologique,* 30 juillet 1910, p. 65.

Garçon de 15 ans, sans aucun autre antécédent morbide, pris au cours d'une blennorrhagie urétrale récente d'une myélite dorso-lombaire aiguë caractérisée au début par quelques douleurs dans les lombes et les membres inférieurs, de la rétention d'urine, puis une paraplégie flasque immobilisant rapidement les membres inférieurs, avec anesthésie, atteinte grave des sphincters, formation d'eschares, état fébrile à oscillations décroissantes en rapport avec l'infection causale sans altération de la santé générale. Au bout de 15 jours, phénomènes d'infection secondaire ayant son origine au niveau de la vessie et des multiples eschares, amenant en deux mois la mort du malade ; au cours de cette période septicémique, il y avait eu retour de la sensibilité par places et quelques phénomènes spasmodiques (signe de Babinski unilatéral, spasmes musculaires).

A l'autopsie, lésions prédominantes dans la substance blanche et particulièrement dans le faisceau fondamental et dans le cordon de Burdach, avec infiltration de cellules arrondies dans la substance grise et foyers de désintégration surtout à la base de la corne postérieure. Racines rachidiennes en général peu lésées. Ganglions spinaux, vaisseaux et méninges normaux.

G. Thibierge.

Traitement de la blennorrhagie.

Sur les nouveaux traitements de la blennorrhagie (Ueber neuere Gonorrhoëbehandlung), par H. Hecht et E. Klausner. *Berliner klinische Wochenschrift,* 15 mai 1911, nº 20, p. 894.

Sur un nombre de cas trop restreints, pour qu'on puisse en tirer de conclusion ferme, la méthode de Schindler, basée sur l'administration d'atropine par voie urétrale et rectale combinée avec des injections de protargol, semble avoir hâté l'évolution de la maladie.

La vaccinothérapie au moyen de l'arthigon de Bruck a donné quelques beaux résultats dans des arthrites, prostatites, épididymites, mais aussi quelques insuccès bien nets.

Pellier.

Sur le traitement vaccinal des affections blennorrhagiques (Über Vakzinbehandlung gonorrhoischer Affektionen), par H. Hansteen. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 106, p. 235.

H. commence par résumer l'historique de la question. Lui-même a appliqué le traitement à 13 malades; il a injecté des cultures mortes hétérogènes. Il a vu la médication exercer une bonne influence sur les arthrites blennorrhagiques, et aussi sur les épididymites; mais l'action sur ces dernières a été inconstante, et même des épididymites sont survenues au cours du traitement. Il arrive quelquefois que l'injection de gonocoque détermine une réaction locale comme la tuberculine; quant aux manifestations des muqueuses, elles présentent parfois de la diminution de l'écoulement sans disparition des gonocoques; et ce traitement ne diminue pas la durée de la maladie.

Ch. Audry.

Blennorrhagie chez la femme.

Sur la blennorrhagie de la femme (Ueber die Gonorrhoe der Frau), par S. Birger. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 106, p. 43.

Les recherches faites dans le service de Welander portent sur 591 femmes dont 151 au-dessous de 11 ans. 93 pour 100 avaient de la blennorrhagie urétrale ; 87 pour 100 de la cervicite ; 18 pour 100 de la bartholinite. Chez toutes les petites filles, le vagin et l'urètre étaient malades.

Sur 336 femmes examinées au point de vue d'une blennorrhagie rectale, il s'en trouva 58 pour 100 qui présentaient de la rectite gonococcique.

Sur 29 fillettes examinées à ce point de vue, 25 présentaient de la rectite.

On n'a vu que 2 bartholinites chez les filles de moins de 11 ans.

La durée moyenne du traitement des petites filles a été de 80 jours (calculée d'après 127 cas) avant la guérison.

Chez les adultes, il a fallu, en moyenne, 73 jours de traitement pour arriver à la guérison.

Parmi les fillettes, on a observé 22 pour 100 de récidive et chez les adultes, 43 pour 100.

B. insiste sur l'importance de la blennorrhagie rectale, et met en évidence l'efficacité du traitement local, en montrant qu'on a pu guérir certainement 51 pour 100 des fillettes et 56 pour 100 des femmes. Ch. Audry.

Sur la participation des glandes et des lacunes de Skene de l'urètre féminin au processus blennorrhagique (Über die Beteiligung der Drüsen und der Skeneschen Lakunen der weiblichen Urethra am gonorrhoischen Prozesse), par V. Janovsky. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 106, p. 287.

J. commence par donner une description anatomique des glandes et des lacunes de Skene. Celles-ci jouent un rôle important dans l'évolution de l'urétrite blennorrhagique de la femme. Elles peuvent être le point de départ d'excroissances polypiformes, saignantes, angio-caverneuses, parfois kystiques, véritables caroncules urétrales. Le rôle qu'Oberländer a rendu aux glandes de l'urètre masculin dans la genèse de l'urétrite chronique est joué chez la femme par les glandes de Skene qui peuvent devenir aussi le foyer d'infiltrats durs ou mous. Les infiltrats mous, les moins intéressants, sont érosifs et sécrétants; les infiltrats durs peuvent affecter des formes glandulaires ou folliculaires sèches ; de la sclérose et de l'inflammation ainsi développées autour des glandes, il peut résulter des rétentions de pus épais à gonocoque, et aussi des granulations caronculiformes dénuées d'ailleurs du caractère angiomateux que nous avons signalé tout à l'heure.

Ch. Audry.

Sur le traitement de la blennorrhagie chez la femme (Über die Behandlung des Trippers beim Weibe), par Alma Sundquist. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 107, p. 197.

A côté des sels d'argent qui donnent des résultats sensiblement égaux, S. recommande l'emploi de dilutions faibles d'acide chlorhydrique, médication de composition constante et peu coûteuse. Pellier.

Chancroïdes.

Chancroïdes dus à une cause spéciale (Chancroids due to a peculiar cause), par W.-J. Robinson. *Medical Record,* 17 décembre 1910, p. 1098.

Un homme présente des ulcérations, sur le gland, rappelant des chancrelles, sans que ce diagnostic puisse être fait pour des raisons extramédicales. R. en a trouvé la cause dans l'usage de pastilles à l'acide citrique et au bichlorure de mercure, utilisées en cachette par la femme du malade dans un but anticonceptionnel. G. Petges.

Généralités.

Statistique des maladies vénériennes à la clinique de Leipzig de 1903 à 1910 (Statistik der venerischen Krankheiten an der Dermatologischen Klinik Universität Leipzig in der Jahren 1903 bis 1910), par R. Frühwald et F. Weiter. *Monatshefte für praktische Dermatologie,* 1911, t. 53, p. 119.

Je me borne à relever les 2 tableaux :

6 320 vénériens, dont 1 800 par syphilis,
1 135 par chancre simple,
2 963 par blennorrhagie,
71 par syphilis et chancre simple,
221 par syphilis et blennorrhagie,
122 par chancre simple et blennorrhagie,
8 par les trois maladies ;

et parmi les femmes, 4 112 vénériennes dont 2 479 pour la syphilis,
1 066 pour la blennorrhagie,
577 pour le chancre simple.

L'année 1910 a, comme partout, considérablement augmenté l'afflux des syphilitiques (d'un tiers). Ch. Audry.

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

Chancres et contamination. Immunité.

Un cas de syphilis d'emblée (Un caso de sifilis d'emblée), par J.-S. Covisa. *Revista clinica de Madrid,* 1er août 1911, p. 89.

Le malade fut atteint d'une affection pharyngée marquée par une légère douleur à la déglutition et qui fut suivie de polyadénite et d'alopécie. C. considère ce cas comme une syphilis d'emblée. Pellier.



Sur le diagnostic différentiel entre la réinfection syphilitique et la papule chancriforme (Zur differentialdiagnose zwischen Reinfectio syphilitica und skleroseänhlicher Papeln), par R. Müller. *Dermatologische Zeitschrift,* 1911, n° 9, p. 809.

A propos du travail de Frieboes sur la « solitärsekundaraffekt », M. observe que des faits de ce genre ont été décrits de tout temps, en particulier par Mauriac ; il en donne lui-même des exemples et s'efforce de les différencier d'avec les cas de superinfection vraie. Pour être autorisé à parler de superinfection, il faut avoir affaire à un syphilitique avéré dont la lésion soit cliniquement un chancre, s'accompagne d'adénopathie, et soit suivie d'accidents secondaires typiques après le temps normal de l'incubation.

M. donne à ce sujet l'observation résumée d'une femme qui eut la syphilis en 1902, et en 1906 présenta un nouveau chancre suivi régulièrement d'accidents exanthématiques. Ch. Audry.

Chancres syphilitiques multiples : 25 chancres confluents sur le gland et la couronne balano-préputiale, par Ribollet. *Journal des médecins praticiens de Lyon,* 15 août 1911, p. 341.

Les cas de chancres multiples localisés à la même région sont tout à fait rares. Leur éclosion est en général favorisée par des érosions préexistantes, des lésions de gale par exemple, ou des vésicules d'herpès. Dans le cas présent rien de semblable n'existait au moment de la contamination, et d'autre part chacune de ces ulcérations présentait les caractères typiques d'un petit chancre nain avec l'induration caractéristique.

R. émet l'hypothèse que ce malade a dû s'infecter avec une femme atteinte d'un chancre du col, si bien que le mucus vaginal représentait un milieu tout chargé de spirilles syphilitiques. A. Jambon.

Une épidémie de chancres des lèvres propagés par le baiser (An epidemic of chancres of the lip from Kirsing), par J.-F. Schamberg. *The Journal of the American medical Association,* septembre 1911, p. 783.

De nombreux baisers échangés durant un concert de charité, dans une ville de la vertueuse Amérique, ayant inoculé des chancres syphilitiques des lèvres chez huit sujets, des deux sexes, âgés de 16 à 22 ans,

l'auteur dénonce gravement à cette occasion le péril du baiser : il n'a point tort ; aussi bien dans notre frivole France évitons-nous ces effusions, même dans les fêtes musicales de bienfaisance. G. PETGES.

Chancre de l'oreille externe, par MASSIA. *Société médicale des Hôpitaux de Lyon,* in *Lyon médical,* 5 novembre 1911, p. 967.

Observation d'un accident primitif de l'oreille externe développé au niveau de la conque et dont le diagnostic a été prouvé par l'ultra-microscope.

Le seul intérêt en est l'extrême rareté : il n'en existe que 15 à 20 cas publiés. Ces chancres ont en général tendance au phagédénisme, et l'induration n'en peut être perçue. A. JAMBON.



Superinfection syphilitique (Superinfectio syphilitica), par F. LIPCHITZ. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 109, p. 3.

L. commence par résumer brièvement l'histoire de la réinfection syphilitique telle qu'elle se développe depuis le travail fondamental de Diday jusqu'à celui de Johne. Mais depuis qu'on a vu des soi-disant réinfections se réaliser chez des individus en puissance d'accidents tertiaires, et une fois la nature spirochétique de ces derniers reconnus, la notion de réinfection a été souvent remplacée par celle de *superinfection,* que les expériences de Finger et Landsteiner, et de Neisser sur les singes ont achevé d'élucider. L. donne 2 observations qu'il considère comme des superinfections. Dans le premier cas, un homme de 22 ans contracte un chancre syphilitique avec accidents secondaires dont il était guéri par le traitement mercuriel le 21 février 1909. En juin de la même année, autre chancre, suivi d'accidents exanthématiques.

L'autre cas est sensiblement comparable : il y avait des spirochètes dans chacun des deux nouveaux chancres.

L. s'efforce de différencier ces cas d'avec la syphilide secondaire indurée, les syphilomes chancriformes, et particulièrement le chancre redux de Fournier. Cette dernière ne s'accompagnerait jamais d'adénopathie, sa structure histologique différerait en ce qu'on y trouve un processus cicatriciel qui fait défaut dans le chancre de superinfection ; dans ce dernier, l'érosion précède l'induration ; il s'y trouve abondance de spirochètes, etc.

La superinfection est essentiellement définie par le fait que le malade contracte un nouveau chancre pendant qu'il est en cours de syphilis floride. Ch. AUDRY.

Contribution à la question de l'immunité dans la syphilis (Ein Beitrag zur Lehre von der Immunität bei Syphilis), par BLASCHKO. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 106, p. 65.

Doit-on avec Finger et Landsteiner voir une immunité dans ce fait que la réaction locale d'un syphilitique aux réinoculations expérimentales varie suivant l'âge de sa syphilis? ou bien considérer avec Neisser qu'en présence d'une réinoculation négative, il s'agit de maladie et non point d'immunité? B. ne voit pas pourquoi maladie et immunité ne se développeraient pas simultanément et les différents modes de réaction observés par Finger et Landsteiner rappellent l'évolution même de la syphilis humaine.

Pour B. la syphilis n'est pas une maladie constitutionnelle mais une maladie chronique ; ce n'est point une maladie générale mais le complexus

d'un grand nombre de lésions locales. Les récidives tardives ne doivent pas être considérées comme d'origine embolique mais comme une réviviscence de ces foyers locaux. Les spirochètes issus de ces lésions tardives ne parviennent pas à déterminer de lésions nouvelles dans les organes où les a jetés ce torrent circulatoire. C'est un peu ce qui se passe chez les singes inférieurs dont l'infection expérimentale semble purement locale et dont les organes sains en apparence fournissent pourtant des inoculations positives.

Le grand caractère de la syphilis tertiaire est d'être la période des monosyphilides tandis que celle du début est celle des polysyphilides. Mais, dans certains cas (B. donne deux observations typiques), on peut assister pendant la période tardive à de véritables métastases du virus syphilitique et on ne peut les expliquer que par une disparition de l'immunité acquise. Est-ce dans de semblables cas que les réinfections s'observent? Mais alors que Finger et Landsteiner considèrent la suppression locale de l'immunité comme cause des récidives tardives, B. ne l'admet que pour ces cas à polysyphilides tardives.

L'idée d'une immunité générale et absolue ne permet pas d'entrer dans la voie où l'on peut, par la différenciation des différentes modalités de l'immunité locale, expliquer nombre de faits cliniques (S. annulaires, S. corymbiformes, chancres multiples d'évolution diverse). PELLIER.

Hérédo-syphilis.

Une localisation peu commune de syphilis héréditaire tardive (Osservazione di una poco comune localizzazione della sifilide ereditaria tardiva), par A. MIBELLI. *Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle,* 1911, vol. LII, p. 259-262.

Une femme de 24 ans a une histoire personnelle et des antécédents héréditaires qui permettent de la considérer comme atteinte de syphilis héréditaire. Le dernier en date des accidents est intéressant : il consiste en une infiltration totale de la lèvre inférieure, avec ulcérations sur sa face dentaire, ulcérations arrondies à bords de couleur rouge vif, taillés à pic, et à fond grisâtre. Plusieurs cicatrices arrondies ou réniformes indiquent la place d'ulcérations anciennes séparées. La réaction de Wassermann est positive. Le traitement mercuriel a fait rapidement rétrocéder ces accidents.

H. MINOT.

Syphilis héréditaire et sclérotiques bleues (Inherited syphilis and blue sclerotics), par J.-D. ROLLESTON. *The royal society of medicine,* 24 mars 1911.

Un enfant de 5 mois, ayant des stigmates nets de syphilis héréditaire, présente des lésions variées, entre autres des fractures spontanées: ses conjonctives sont bleues par transparence, signe décrit en 1841 par Ammon et récemment étudié par Comby et Sisto. Fait intéressant, sa mère, sa grand'mère et une sœur de sa mère ont des troubles analogues des yeux avec cercle sénile précoce. On peut se demander en face de ces antécédents s'il s'agit bien d'un symptôme d'origine syphylitique, comme le signale R.

G. PETGES.

Ictère syphilitique.

Contribution à l'étude de l'ictère hémolytique dans la syphilis se-

condaire, par Gellé (de Lille). *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris,* n° 34, p. 507.

L'auteur rapporte une observation confirmant les faits énoncés par MM. Gaucher et Giroux : il existe un ictère hémolytique au cours de la syphilis secondaire. Cet ictère est bien en rapport avec une intoxication due à l'agent causal de la syphilis. A. Fage.

Méningo-vascularite syphilitique.

Étude biopsique de la méningo-vascularite syphilitique, par Paul Ravaut. *Presse médicale,* 27 septembre 1911, n° 77.

On est d'accord pour reconnaître que la plupart des processus lésant le système nerveux, au cours de la syphilis héréditaire ou acquise, ont pour substratum anatomique un ensemble de lésions artérielles veineuses, lymphatiques et méningées. Pour éviter toute discussion, l'auteur propose d'en désigner l'ensemble sous le nom de *méningo-vascularite.* Ces lésions sont primitives. Les lésions nerveuses proprement dites sont secondaires.

Mais, bien que l'étude anatomo-pathologique de ces processus ait été entreprise et soit devenue plus intéressante depuis la recherche du spirochète (Ravaut et Ponselle, spirochète dans exsudat méningé, plus tard Benda et Sézary dans artères cérébrales) elle n'en est pas moins fort délicate.

La ponction lombaire permet, par contre, d'étudier facilement, presque au jour le jour ces lésions, fournissant le plus sûr moyen pour dépister les localisations nerveuses de la syphilis : modifications passagères du liquide céphalo-rachidien dans la période secondaire ; méningo-vascularite persistante aboutissant lentement à des modifications nerveuses irréparables.

R. souligne quelques faits importants : chez les malades atteints de processus méningés chroniques, Widal, Sicard et Ravaut, Guillain et Parant ont signalé la présence d'albumine en excès dans le liquide céphalo-rachidien. R. a comparé la réaction des albumines à la réaction de Wassermann et il a vu que lorsque la réaction de Wassermann est positive le liquide céphalo-rachidien est très riche en albumine ; faible augmentation de l'albumine correspond à Wassermann négatif.

Pour étudier les éléments leucocytaires du liquide céphalo-rachidien, il faut faire non seulement un examen quantitatif mais aussi un examen qualitatif. Cet examen permet de déceler des lymphocytes, des polynucléaires, de grands mononucléaires et surtout des cellules à protoplasma volumineux se colorant en rouge vif par le réactif de Unna Papenheim, à noyau excentrique (cellules à type de plasmazellen, de l'auteur). Ces cellules se voient en abondance dans les processus méningés en activité.

Le médecin peut être rapidement fixé sur l'existence et l'intensité de la réaction rachidienne présentée par son malade.

1° Hypertension, légère augmentation de l'albumine, rares éléments uninucléés, ce type se voit au début de la syphilis, plus tard aussi chez des malades atteints de céphalée.

2° Type à réactions cellulaires. Dans l'atteinte méningo-vasculaire légère surtout, lymphocytes en plus ou moins grand nombre parfois polynucléaires, cellules à type de plasmazellen, albumine légèrement augmentée.

Dans l'atteinte plus sévère, les éléments sont parfois assez nombreux

pour troubler le liquide : lymphocytes, polynucléaires, cellules à types de plasmazellen, quantité variable d'albumine. Ce type se voit parfois à la période secondaire. Il est surtout très net au début du tabes et de la paralysie générale.

Mais ces réactions évoluent et changent d'aspect en même temps que se transforment les lésions qui leur ont donné naissance. Une réaction cytologique légère pourra disparaître si la lésion va vers la guérison, augmenter dans le cas contraire.

Ce qui fait l'intérêt de cette étude du liquide céphalo-rachidien, c'est surtout la possibilité de dépister et de traiter avec le plus de vigueur possible la période latente de la méningo-vascularite. A. FAGE.

Néphrite syphilitique.

Diagnostic clinique et sérologique des néphrites syphilitiques (Die klinische-serologische Diagnose der luetischen Nierenerkrankungen), par R. BAUER. *Wiener klinische Wochenschrift,* 1911, n° 42, p. 1458.

3 observations de néphrite syphilitique conformes au type classique, mais intéressantes en ce sens que le Wassermann était positif non seulement avec le sérum sanguin, mais encore avec l'urine des malades.

2 malades retirèrent grand profit du traitement ; mais le troisième succomba avec des lésions de néphrite parenchymateuse, et de l'amyloïdose rénale, intestinale et surrénale. Ch. AUDRY.

Orchite syphilitique.

Sur l'anatomie de la syphilis tardive du testicule et de l'épididyme (Zur Anatomie der Spätsyphilis des Hodens und des Nebenhodens), par DELBANCO. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 106, p. 183.

Étude histopathologique d'un testicule syphilitique qui fut diagnostiqué sarcome et extirpé. Elle a montré l'abus fréquent du mot gomme : les formations gommeuses y étaient rares tandis qu'on observait des zones de nécrose, fréquentes dans les tumeurs du testicule. Les canalicules séminifères présentaient des lésions qui, sans être aussi avancées que celles décrites par Audry dans un cas analogue, peuvent être considérées comme un acheminement vers celles-ci. La tête de l'épididyme était atteinte secondairement d'un léger degré d'infiltration, avec quelques rares infiltrats périvasculaires. L'épithélium était bien conservé. Dans l'infiltrat gommeux de l'albuginée se voyaient quelques groupes de cellules géantes. L'intérêt de ce cas réside dans la propagation à l'épididyme de la lésion syphilitique des membranes. PELLIER.

Onyxis syphilitique.

Deux formes rares de syphilis unguéale, avec revue générale sur la syphilis de l'ongle (Two unusual forms of syphilitic nails : with some general remarks upon syphilis of the nail), par H.-G. ADAMSON et J.-E.-R. McDONAGH. *The British journal of Dermatology,* mars 1911, p. 68.

On peut diviser la syphilis unguéale en deux groupes principaux, le chancre excepté :

A. — Les lésions intrinsèques de l'ongle, indépendamment des lésions de voisinage, lit, matrice : groupe de l'*onyxis syphilitique sèche*.

B. — Les lésions dérivant d'un trouble du voisinage de l'ongle : groupe des *paronyxis ou périonyxis*.

a) Onyxtis syphilitique sèche ; il en existe des formes variées :

1. L'onyxis craquelée de Fournier.
2. L'onyxis fissurée de Batut.
3. L'ongle sec, épaissi, cassant, vermoulu, rappelant la moelle de sureau (Fournier) ; deux tiers de l'ongle sont ainsi atteints, et le tiers libre peut rester poli, coloré (Cazenave) avec un sillon de démarcation net.
4. L'ongle en forme de coin, à bord libre dur.
5. Chute totale de l'ongle sans aucune lésion locale, indolore, avec repousse d'un ongle normal ou au contraire atteint d'une forme quelconque d'onyxis sèche (Fournier-Batsch-Sabouraud).
6. Ongle syphilitique à stries longitudinales de Heller.
7. Witfield a noté des cannelures à chaque période de troubles organiques : ces cannelures transverses ont d'ailleurs été décrites par Beau dans les autres affections générales.

Les onyxis sèches syphilitiques sont très rares, de l'avis de tous les observateurs (Heller, 3 cas sur 8 000 à 9 000 syphilitiques, avec examen systématique des ongles. Bergh, 4 cas sur 6 047). Fournier cependant a fréquemment observé l'onyxis craquelée.

On n'est pas d'accord sur le point suivant : l'onyxis sèche est-elle fonction d'une altération de la matrice ou de l'état général ; Kaposi et Heller admettent la lésion locale, Finger la seconde opinion. Même incertitude sur la période de la syphilis où elle se produit.

b) Paronyxis ou périonyxis (onyxis secondaires à une inflammation locale de voisinage) :

1. Lésions papuleuses ou pustuleuses du lit unguéal (Type « papule isolée de Heller »), contemporaines de la roséole, localisées à un doigt, accompagnant souvent des syphilides psoriasiformes palmaires ou plantaires ; peuvent chevaucher sur la peau et le lit.
2. Périonyxis proprement dites, ou P. desquamative, ou syphilis ulcéreuse des ongles, affectant souvent plusieurs doigts, ou un seul isolé, le pouce ou le gros orteil de préférence.

Les deux observations annexées à cette revue sont intéressantes pour la tendance à la production de sillons longitudinaux, de fissures, par la fragilité des ongles atteints devenus friables, cassant à leur extrémité libre rappelant l'onyxis craquelée de Fournier ; par leur minceur excessive, leur mollesse, avec coloration normale. Le début remonte au 6e mois de l'infection dans les 2 cas ; la lésion persiste dans l'un d'eux depuis 4 ans, depuis 2 ans dans le 2e, malgré le mercure.

Dans un cas les 10 doigts, sauf un, étaient pris, dans l'autre tous les ongles des doigts et des orteils. Quoique au début on ait eu l'aspect de l'onyxis sèche, il y eut de la douleur, et des signes inflammatoires de la matrice unguéale, avec chute et repousse d'ongles déformés. Il semble donc que l'onyxis sèche puisse être consécutive à des lésions localisées de la matrice et que la persistance des troubles unguéaux est subordonnée aux lésions du lit et des bords.

Le traitement par le 606, tout en guérissant les autres accidents actifs, n'a eu aucune influence sur la lésion unguéale. G. PETGES.

Phlébite syphilitique.

De la syphilis veineuse et particulièrement de la phlébite syphilitique précoce des veines superficielles des membres, par Th. GAILLARD. *Thèse,* Paris, 1911. 150 pages, Paulin, éditeur.

La phlébite syphilitique fait partie des accidents précoces qui peuvent survenir dans les premiers mois de l'infection et quelquefois même au stade du chancre avant toute manifestation secondaire.

Les veines superficielles sont plus souvent atteintes, et la phlébite intéresse toujours plusieurs veines d'une manière symétrique.

Le début est insidieux, la symptomatologie des plus réduites, les œdèmes et l'impotence fonctionnelle manquent le plus souvent, il faut une recherche systématique pour réveiller de la douleur le long des cordons veineux, l'évolution est apyrétique, la guérison survient après 3 semaines à 6 mois sans aucune complication. Ce tableau clinique explique que malgré sa fréquence relative cette localisation de la syphilis passe inaperçue ; elle est plus particulièrement observée chez des sujets jeunes exposés à la station debout prolongée. La présence du tréponème dans les tuniques veineuses, l'inoculation positive du singe permettent, ainsi que l'ont démontré Thibierge et Ravaut, d'affirmer la nature spécifique de cette inflammation des veines. R. LUTEMBACHER.

Traitement arsenical de la syphilis.

Sur les remarques de P. Uhlenhuth (Zu den vorstehenden Bemerkungen), par EHRLICH. Tirage à part de la *Zeitschrift für Immunitätsforschung und experimentelle Therapie,* 10 mai 1911.

Polémique entre Uhlenhuth et Ehrlich qui dénie à celui-ci toute priorité dans les voies nouvelles de la thérapeutique arsenicale. PELLIER.

L'hectine et l'hectargyre dans le traitement de la syphilis, par SCHOULL. *Revista clinica de Madrid,* 1er août 1911, p. 96.

A côté de quelques succès thérapeutiques à l'actif de l'hectargyre, il convient de signaler qu'une injection sous-cutanée (d'hectine ou d'hectargyre ?) donna lieu à une zone de sphacèle dont la guérison exigea six mois.

PELLIER.

La valeur thérapeutique de l'arsenic dans la syphilis (Valor terapeutico del arsenico en la sifilis), par HERNANDEZ SAMPELAYO. *Revista española de dermatologia y sifiliografia,* mars 1910, p. 97.

Revue historique de la médication arsenicale. PELLIER.

Résultats de l'emploi de l'atoxylate de mercure dans la thérapeutique de la syphilis (Die Ergebnisse der Anwendung des atoxylsauren Quecksilbers in der Therapie der Syphilis), par D. SELDOWITSCH. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 107, p. 361.

L'emploi de l'atoxylate de Hg ne paraît s'imposer par aucun avantage sérieux. Les injections sont sensiblement plus douloureuses que celles de salicylate. Si les résultats thérapeutiques sont satisfaisants, ils semblent moins durables que ceux des autres préparations insolubles, ce qui correspond à son mode d'élimination analogue à celui du salicylate. L'influence du traitement sur la réaction de Wassermann est satisfaisante sans sortir

des résultats ordinairement obtenus par les autres procédés. En dehors de quelques éblouissements (deux cas) sans lésions oculaires, S. n'a observé aucun trouble de la vision. PELLIER.

Traitement de la syphilis par le 606.

I. — Généralités.

Sur quelques particularités de la syphilis cutanée traitée par le Salvarsan (Ueber einige durch Salvarsanbehandlung bedingte Eigentümlichkeiten kutaner Syphilis), par M. OPPENHEIM. *Wiener klinische Wochenschrift,* 1911, n° 40, p. 1390.

Jesionek a publié des cas où l'administration du Salvarsan à la mère nourrice paraît avoir déterminé l'apparition d'accidents cutanés chez le nourrisson.

O. publie l'histoire d'une femme syphilitique à qui l'on fit une injection intra-musculaire de 0,50 de Salvarsan. Elle avait un nourrisson de 4 semaines porteur d'un exanthème papuleux des mains et des pieds, et de quelques papules anales, chez lequel, dans les jours qui suivirent l'injection maternelle, on vit se produire une tuméfaction hémorragique des lésions préexistantes ; l'enfant fut rapidement amélioré par une injection de 0,03 de Salvarsan. Le lait de la mère contenait de l'arsenic à raison de 0,004 par 50 centimètres cubes.

Dans ce cas, comme dans ceux de Jesionek, le traitement de la nourrice par le Salvarsan a assurément provoqué une éruption syphilitique chez l'enfant.

O. rapproche ce fait de ceux qui ont été relatés, et où l'on a mentionné l'apparition de manifestations cutanées consécutivement au traitement mercuriel.

O. donne un certain nombre d'observations où des efflorescences spécifiques ont été provoquées par le Salvarsan. Ce médicament a bouleversé la marche de la vérole. O. cite à ce propos deux observations de lésion solitaire secondaire pseudo-chancreuse, comme Friboes en a rassemblé un certain nombre d'exemples. Il rappelle en outre les variétés spéciales de récidives précoces décrites par Bettmann, l'intensité de la réaction de Jarisch-Herxheimer, la transformation hémorragique de syphilides sèches, les récidives à forme d'érythème polymorphe, etc., qui sont autant de modalités nouvelles ou inaccoutumées. Ch. AUDRY.

Sur l'action locale du Salvarsan sur les tissus et sa résorption après injection sous-cutanée (Über die lokale Wirkung des Salvarsans auf das Gewebe und seine Resorption bei subkutaner Injektion), par SCHOLTZ et SALZBERGER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 107, p. 161.

Que la solution injectée soit alcaline, neutre ou une émulsion huileuse, on trouve au bout de 24 heures une forte nécrose du tissu musculaire. Cette lésion est plus marquée avec la solution alcaline, résultat qui concorde bien avec les douleurs et l'infiltration observées en pareil cas par la clinique. Mais cette différence ne tarde pas à s'atténuer dans les jours suivants.

On obtient donc dans tous les cas une nécrose complète du tissu, muscle, nerfs et vaisseaux. Les noyaux musculaires deviennent invisibles

au bout d'un à deux jours ; les vaisseaux se thrombosent au cours des premières 24 heures et ne sont guère plus reconnaissables que par les débris de leur élastine.

La substance injectée en suspension neutre ou en émulsion huileuse ne semble être rapidement attaquée et il n'y a aucune différence dans son aspect, au bout d'une heure ou d'un jour. Deux et quatre semaines après l'injection, on retrouve encore de très grosses masses de Salvarsan; il semble qu'au bout de deux semaines une faible partie a été seule résorbée. L'injection alcaline en solution parfaite semble se mieux prêter à la résorption qui, dans tous les cas, tend à devenir de plus en plus difficile du fait des néoformations conjonctives qui encapsulent le foyer.

En outre nous ignorons totalement la quantité qui est assimilée sous forme de dioxydiamidoarsenobenzol et les modifications chimiques que subit le médicament. Il est donc très douteux que l'on pratique ainsi, comme on l'a espéré, une cure de dépôt. Pellier.

Modifications histologiques du tissu après injections de Salvarsan (Histologische Veränderungen des Gewebes nach Einspritzungen von Salvarsan), par A. Tryb. *Monatshefte für praktische Dermatologie,* 15 avril 1911, p. 405.

Le Salvarsan est un réducteur des plus énergiques. Les modifications locales consécutives aux injections sous-cutanées (sur l'animal) consistent en une dégénérescence de la périphérie qui devient de la nécrose aux points où la substance est en contact direct avec le tissu. Autour du foyer se voit une zone de réaction marquée par la présence de cellules fixes proliférées, plasmazellen et cellules géantes qui se chargent de Salvarsan tandis qu'on n'en retrouve pas dans les leucocytes.

La solution acide et la suspension neutre ont au point de vue histologique une analogie presque parfaite. Dans le dernier cas il semble que les amas de Salvarsan ont été l'objet d'une oxydation plus énergique et reconnaissable à la teinte brune des particules. Dans les deux cas la résorption paraît être très lente : après injection de 0 gr. 006, T. a retrouvé au bout de un mois et demi des masses de Salvarsan englobées dans des cellules conjonctives ou des cellules géantes.

Après injection alcaline on ne retrouve pas de dépôt en masse, mais des débris de tissu imbibés de Salvarsan et nécrosés. Il y a une démarcation très nette entre la nécrose centrale et la zone périphérique de réaction conjonctive. D'ailleurs chez les trois quarts des animaux d'expérience ainsi injectés, il y a eu élimination du tissu nécrosé.

La résorption est plus rapide après injection intra-musculaire. Les fibres musculaires subissent une dégénérescence cireuse; elles sont englobées par un tissu conjonctif fortement hypertrophique qui pénètre jusque dans le tissu musculaire sain de la périphérie.

L'injection alcaline est la plus toxique pour les animaux d'expérience.

Pellier.

Sur l'examen du sang et le traitement des prostituées par le 606 (Zur Blutuntersuchung und 606-Behandlung der Prostitution), par Neisser. *Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten,* 1911, n° 6, p. 201.

Le médecin chargé d'un contrôle sur des prostituées doit dans son exa-

men découvrir les lésions syphilitiques; il doit aussi connaître celles qui sont syphilitiques même sans lésions apparentes. La séroréaction doit surtout servir à ce second point de vue en l'appliquant aux prostituées nouvellement inscrites ou à celles qui se sont soumises irrégulièrement à l'examen médical.

Le 606 a pour avantage de diminuer la durée des périodes contagieuses. L'injection intraveineuse sera facilement acceptée. Peut-être pourrait-on lui substituer sans crainte de douleurs répétées ni d'intoxications un traitement chronique intermittent au moyen d'injections huileuses à 40 pour 100.

Au point de vue exclusif de la police sanitaire il n'y a pas intérêt à ce que la prostituée soit effectivement guérie. Les réinfections seraient à craindre et N. ne croit pas à l'immunité.

Quant à l'application systématique du 606 chez toutes les prostituées, syphilitiques ou non, il faudrait pour l'admettre être fixé sur la durée de son action et sur les inconvénients réels ou non d'un usage prolongé.

PELLIER.

II. — Résultats.

Traitement de la syphilis par le Salvarsan. Considérations sur la nomenclature de la syphilis (Die Salvarsanbehandlung der Syphilis. Betratchungen über die Nomenklatur der Syphilis), par M. V. ZEISSL. *Berliner klinische Wochenschrift,* 1911, n° 40, p. 1785.

Sur 273 malades traités par l'injection intra-musculaire de Salvarsan, V. Z. a observé 4 fois des accidents nerveux.

Mais V. Z. pense que les accidents nerveux précoces de la syphilis sont beaucoup plus fréquents que connus, et il admet aussi que les mêmes accidents s'observent peut-être plus souvent chez des syphilitiques mercurialisés que chez ceux qui n'ont point subi de traitement. Il ne croit donc pas à une action particulièrement neurotrope du Salvarsan.

Su 16 malades traités à la période du chancre, 2 seulement lui ont présenté des récidives.

Il estime que, même au point de vue récidives, le Salvarsan est supérieur à Hg et à KI.

D'une manière générale, il admet que les préparations acides de Salvarsan sont supérieures aux préparation alcalines, et met les neuro-récidives sur le compte de la syphilis et non sur celui du Salvarsan. Ch. AUDRY.

Des accidents syphilitiques résistant au mercure peuvent-ils être guéris par le Salvarsan? (Können durch Quecksilber unbeeinflluszbare syphilitische Symptome durch Salvarsan geheilt werden ?), par F. ZIMMERN. *Dermatologische Zeitschrift,* 1911, n° 8, p. 738.

9 cas de malades soignés par Herxheimer, chez lesquels les accidents syphilitiques résistent pendant plusieurs mois ou plusieurs années à un traitement mercuriel (inj. de salycylate de Hg, ou à des frictions) et qui guérissent rapidement par le Salvarsan. Ch. AUDRY.

Étude de cinquante cas de syphilis traitée par le Salvarsan, avec considérations sur les résultats cliniques et la réaction de Wasser-

mann (A study of fifty cases of syphilis treated with Salvarsan, with special reference and the Wassermann reaction), par A.-L. Wolbarst. *New-York Medical Journal,* 16 septembre 1911, p. 561.

Ce mémoire documenté, étayé sur des observations sérieuses, donne des conclusions favorables au 606.

Sur 50 cas la guérison des accidents se maintient après 3 à 10 mois ; 10 malades ont été très améliorés ; 10 ont eu des récidives, survenant dans les trois mois le plus souvent.

Une seule injection est insuffisante et il faut la répéter dans le mois.

La réaction de Wassermann est restée positive dans 33 pour 100 des cas, elle est devenue et restée négative dans 30 pour 100 des cas durant 4 à 5 mois.

Dans les cas « guéris » la réaction devient négative dans 41 pour 100 et redevient positive dans 30 pour 100.

Dans les cas améliorés sans récidives 50 pour 100 deviennent négatifs et 30 pour 100 demeurent positifs.

Dans les cas améliorés avec récidives 30 pour 100 deviennent négatifs et 50 pour 100 positifs.

La réaction positive n'est pas modifiée chez les malades qui présentent des récidives.

Dans la syphilis primaire la réaction devient négative dans 33 pour 100 et reste positive dans 50 pour 100 ; dans la syphilis secondaire elle devient négative dans 50 pour 100, elle reste positive dans 36 pour 100 ; dans les manifestations tertiaires elle devient négative dans 15 pour 100 des cas et reste positive dans 32 pour 100 ; dans la parasyphilis elle devient négative dans 50 pour 100 et reste positive dans 40 pour 100.

L'effet d'une seule injection de Salvarsan équivaut à un traitement mixte prolongé, surtout dans la première période ; c'est une médication excellente, mais elle ne remplacera pas le mercure.

Nous ignorons le meilleur mode d'application, les doses favorables, l'intervalle nécessaire entre les piqûres. G. Petges.

Traitement de la syphilis par le dioxydiamidoarsenobenzol, par E. Emery, in-12, 196 pages. Doin, édit., 1911.

L'auteur après avoir précisé certains points de la technique des injections intraveineuses de « 606 » insiste sur l'efficacité et l'innocuité des doses réduites et échelonnées chez les malades atteints d'affections cardiaques et vasculaires hépatiques, pulmonaires et nerveuses. Il faut agir avec prudence lorsqu'on doit craindre une hémorragie, par exemple dans les cas d'hémiplégie récente ou d'affection ulcéreuse.

Les injections de « 606 » sont formellement indiquées chez les malades dont les lésions sont réfractaires au mercure, dans les syphilis malignes, dans les syphilides destructives et mutilantes et même en l'absence de lésion locale importante chez les sujets qui présentent des troubles généraux de nature syphilitique.

Ce traitement doit d'ailleurs s'associer à des cures mercurielles intermittentes et doit être réglé d'après les indications de la réaction de Wassermann. R. Lutembacher.

Le traitement de la syphilis par les injections intraveineuses de Salvarsan, par R. Lambossy. *Thèse,* Genève. Kündig, 136 pages.

Des conclusions définitives sur cette méthode sont encore prématurées, cependant ces injections semblent sans danger, elles sont indiquées dans les accidents luétiques, ectodermiques avec perte de substance ; elles agissent plus rapidement que le mercure, fait très important pour la prophylaxie. Elles sont indiquées à toutes les périodes de la syphilis, mais par prudence il faut encore leur associer le traitement mercuriel. M. Lambossy considère comme inutile le traitement par le Salvarsan chez un syphilitique indemne d'accidents et ne croit pas que l'on puisse à ce sujet s'en remettre entièrement aux indications de la réaction de Wassermann. R. Lutembacher.

Progrès récents relatifs au diagnostic et au traitement de la syphilis, 606 (Recent developments in the diagnosis and treatment of syphilis, 606), par Ernest Lane. *British medical association,* 1911. *The British journal of dermatology,* août 1911, p. 263.

Le 606 est un antisyphilitique remarquable, qui efface vite les symptômes, mais ne guérit pas la maladie.

L'injection intraveineuse parait préférable à l'auteur, qui se défend d'être un adversaire du Salvarsan : il l'a appliqué chez 120 malades, mais ne le prescrit pas indifféremment dans tous les cas.

Le plus souvent le Salvarsan arrête les ravages de la maladie, mais il ne doit pas faire oublier le mercure.

Il est surtout indiqué à la période du chancre, dans les lésions de la langue, de la bouche, des amygdales, dans la laryngite et l'iritis.

L. lui accorde une grande valeur prophylactique grâce à son efficacité dans les débuts de la syphilis, à la période des accidents contagieux.

Dans les cas récents, avec un diagnostic bien certain, confirmé au besoin par la coloration du tréponème il recommande une première injection de 606, suivie dix à quatorze jours après par une seconde, avec un traitement mercuriel consécutif de 3 ans, par cures intermittentes.

Il est nécessaire de laisser le patient au lit durant 24 heures après l'injection.

Enfin L. signale deux cas de mort chez ses malades : dans le premier, un homme de 27 ans, traité pour phagédénisme du pénis, mourut après avoir reçu en outre de plusieurs injections de calomel, une injection intraveineuse de 0 gr. 50 de 606, sans amélioration.

Dans le deuxième cas le patient atteint de syphilis maligne, d'abord traité par le calomel, reçut 0 gr. 50 de 606 : des vomissements, du collapsus furent observés après l'injection, avec de la jaunisse et du délire : la mort survint le 9e jour après l'injection.

Un ami de L. a observé un cas analogue chez un homme de 30 ans, vigoureux, qui mourut après une injection de 0 gr. 60 de Salvarsan.

Le 606 est donc un médicament dont il faut se méfier, tout en reconnaissant ses qualités. G. Petges.

Travaux au sujet du 606 présentés par les Drs Quintana, Castelo, Serrano, Sainz de Aja, Azua, Sampelayo et Covisa, à la Société Espa-

gnole de Dermatologie et Syphiligraphie. *Actas Dermo-Sifiliograficas,* décembre 1910, janvier 1911, n° 2, p. 41.

Azua, qui fut, après Volk et Kromayer, un des premiers à employer les véhicules huileux, considère que cette méthode est plus douloureuse que ne l'ont laissé croire ses partisans. Ses effets sont plus lents que ceux des autres procédés. Il ne croit pas d'ailleurs que la production fréquente de nécroses, soit profondes, soit superficielles, permette d'user de ce procédé pour des injections en série.

Dans les syphilis au début, il n'hésite pas à user du calomel dans l'intervalle même des injections intraveineuses et à prolonger ce traitement.

PELLIER.

Nouvelles données sur le Salvarsan (Weitere Erfahrungen über Salvarsan), par E. HOFFMANN et J. JAFFÉ. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1911 : tirage à part du n° 29.

H. et J. ont observé un minimum de 30 pour 100 de récidives chez les sujets qui n'avaient reçu d'autre traitement que le Salvarsan. Depuis longtemps Hoffmann a soutenu que le traitement de la syphilis doit combiner le mercure avec le remède d'Ehrlich. Les neuro-récidives si fréquentes dans certains services doivent être considérées comme syphilitiques; elles cèdent au traitement mercuriel et sont rares chez les sujets qui y ont été soumis après l'injection d'arsenobenzol.

H. et J. ont à peu près complètement abandonné l'injection intramusculaire pour la voie veineuse. Dans trois cas de réinjections, les malades ont éprouvé des troubles graves : cyanose, pouls fréquent, crampes, etc., précédés au cours même de l'injection d'une sensation pénible de congestion de la face. H. et I. conseillent de suspendre l'injection lorsque se produira ce symptôme. PELLIER.

Nouvelles communications sur le Dioxydiamidoarsenobenzol d'Ehrlich (Salvarsan) [Weitere Mitteilungen über das Ehrlichsche Dioxydiamidoarsenobenzol (Salvarsan)], par HEUCK et JAFFÉ. Tirage à part de la *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1911, n° 6.

Rien de nouveau. PELLIER.

L'action du Salvarsan sur la syphilis des voies respiratoires, le rhinosclérome, l'angine de Vincent et le scorbut (Die Wirkung des Salvarsan auf Syphilis der oberen Luftwege, Sklerom, Plaut-Vincentsche Angina und Skorbut), par GERBER. Tirage à part des *Archiv für Laryngologie,* t. 24, h. 3.

Le Salvarsan n'a donné aucun résultat dans un cas de rhinosclérome. Les observations données par G. pour le traitement de l'angine de Vincent et du scorbut sont les mêmes que celles du travail déjà analysé. Dans une sténose laryngée inutilement traitée par le mercure, l'injection de Salvarsan a produit un résultat merveilleux. Dans tous les cas G. a observé une sédation très rapide des symptômes douloureux. PELLIER.

Sur la marche et la structure des hyperkératoses syphilitiques traitées par le Salvarsan (Über den Verlauf und die histologischen Untersuchungen der luetischen Hyperkeratosen bei Behandlung mit Salvar-

san), par Odstrcil. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 109, p. 131.

O. commence par rappeler les recherches antérieures relatives aux « clavi syphilitici », au cor syphilitique.

Dans 3 cas, dont il donne les observations, ces lésions disparurent rapidement sous l'influence du Salvarsan.

Il donne ensuite le résultat de ses propres examens histologiques qui concordent avec les recherches antérieures.

Des lésions inflammatoires sous-papillaires et papillaires provoquent de l'hyperactivité épithéliale et, secondairement, une hyperkératose locale.

Ch. Audry.

Action du Salvarsan sur les altérations de l'œil (Ueber die Wirkung der Salvarsan auf die Augenerkrankungen), par W. Dolganoff. *Berliner klinische Wochenschrift,* 1911, nº 35, p. 2018.

D. commence par se demander si l'arsenobenzol est un poison pour les yeux. Il répond par la négative en s'appuyant sur le fait qu'il n'a jamais vu survenir d'altération oculaire chez des individus traités par l'arsenobenzol et ayant des yeux sains ; d'autre part, des lésions oculaires antérieures à la syphilis ont pu rester stationnaires, mais n'ont pas été aggravées par le traitement.

Sur 7 cas d'atrophie optique, il a constaté tantôt une légère amélioration, tantôt un arrêt dans l'évolution, tantôt un résultat nul. En pareil cas, l'arsenobenzol ne peut pas rétablir les éléments anatomiques détruits ; mais il n'offre aucun danger et peut offrir à d'autres points de vue des avantages.

Sur 12 cas de troubles musculaires, il en a vu 7, tous anciens, qui sont restés stationnaires ; sur 3 paralysies précoces, 2 ont guéri rapidement. En cas d'ophtalmoplégie, le Salvarsan peut aussi passer pour un bon médicament, étant donné la gravité et la résistance de ces accidents.

Sur 7 cas de névrite optique, le Salvarsan n'a donné que des résultats incomplets, nuls ou capricieux ; cependant, il apparaît comme pouvant suppléer ou aider à l'action d'ailleurs douteuse du mercure.

Sur 5 cas d'irido-cyclite, 3 ont été vite et bien guéris, un incomplètement, un a été suivi d'une récidive.

En résumé, le Salvarsan agit favorablement dans l'iritis et l'irido-cyclite, les paralysies précoces, parfois la névrite optique descendante ; il n'a jamais aggravé ces dernières. Son action est douteuse en cas de stase papillaire et de quelques névrites ascendantes.

Il n'a pas d'action sur les troubles du vitré, le myosis et la mydriase ancienne ; mais là encore, il n'a jamais d'action néfaste. Ch. Audry.

Psoriasis palmaire et plantaire syphilitique. Guérison rapide par le 606, par MM. Thiroloix et Mora. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris,* 2 novembre 1911, p. 269.

X., âgé de soixante ans, syphilitique depuis 4 mois, traité par des injections de calomel et d'huile grise et par l'iodure de potassium, présente des lésions cutanées symétriques des paumes des mains et des plantes des pieds.

Les placards sont constitués par des nappes légèrement papuleuses, lar-

ges, irrégulières, arrondies, ovales ou polycycliques, sèches, carminées ou cuivrées.

La surface de ces éléments papuleux se dépouille en squames larges, sèches, épaisses au-dessous desquelles apparaît un épiderme néoformé, rosé, mince, lisse et sec. La bases des papules est nettement infiltrée. Ses placards sont limités par une bordure en collerette d'épiderme décollé. Entre les orteils il existe quelques rhagades. Réaction de Wassermann positive.

Malgré l'âge du malade on pratique une injection intraveineuse de 60 centigrammes de 606. Quatre jours après l'injection, l'amélioration est déjà manifeste; huit jours après la guérison est acquise, il ne reste plus qu'à attendre une nouvelle épidermisation.

On fait une deuxième injection de 60 centigrammes, sans incident.

A. Fage.

Sur le traitement de la syphilis des nourrissons par injection de Salvarsan à la nourrice (Sobre el tratamiento de la sifilis en los niños de pecho, por inyeccion de Salvarsan a la persona que los amamanta), par Serrano et Sainz de Aja. *Revista clinica de Madrid,* 1er juin 1911, p. 415.

Les effets curatifs concordent avec les observations antérieures (Taege, Duhot). L'arsenic n'a pu être décelé dans le lait. Deux fois l'injection fut suivie de vomissements chez l'enfant.

Les pansements locaux avec du Salvarsan à 1 pour 100 aident puissamment à la disparition des lésions. Pellier.

III. — Technique. — Indications. — Contre-indications.

Sur les cardiopathies syphilitiques envisagées comme indications ou contre-indications du traitement par le Salvarsan (Ueber die syphilitischen Herzkrankungen als Indikations und Kontraindikation für die Salvarsanbehandlung), par Breitmann. *Berliner klinische Wochenschrift,* 1911, n° 58, p. 1763.

B. commence par résumer les données nombreuses qui ont été recueillies récemment relativement aux cardiopathies syphilitiques. Il est particulièrement important de les diagnostiquer le plus tôt possible, car un traitement trop tardif devient inutile; d'autre part, ce diagnostic est bien rarement porté parce que les lésions se développent lentement et sans signes cliniques; il en est ainsi surtout si elles siègent dans la zone « silencieuse » du cœur, au niveau par exemple des muscles papillaires et des appareils de coordination, qui sont précisément le siège le plus habituel des lésions syphilitiques. Bien entendu si des lésions bien localisées, comme le sont celles de la syphilis, occupent des régions « actives », il en résulte des troubles de l'activité cardiaque que l'on peut supposer.

La mort subite est une terminaison fréquente de la syphilis cardiaque. D'autre part, il est certain que des accidents d'origine cardiaque s'observent souvent pendant la période précoce. On peut songer à une syphilis du muscle cardiaque quand on se trouve en présence d'affaiblissement cardiaque sans fièvre, sans cause connue, et quand les toniques habituels du cœur restent sans action. Un syndrome pseudo-hypertrophique (augmentation du choc du cœur, etc.) sans étiologie déterminée est souvent d'origine syphilitique.

L'étude du choc du cœur a une grande importance : ainsi, si le choc cardiaque fait défaut pendant qu'il se produit une pulsation anormale du côté du ventricule gauche ; les malades perçoivent cette arythmie extrasystolique

On peut observer de la faiblesse ou de l'arrêt du pouls, de l'asynchronisme entre le pouls et le cœur.

L'absence du bruit constant du cœur est très habituelle. Les œdèmes et l'ascite sont rares ; on a observé un œdème asymétrique, inégal des extrémités. Les symptômes subjectifs sont peu intenses. Il se produit parfois de l'artério-sclérose précoce, des anévrismes de l'aorte, de l'insuffisance aortique. Il existe aussi un syndrome angine de poitrine syphilitique et l'on doit songer à cette étiologie si le malade est jeune. Souvent les phénomènes cardiaques syphilitiques récidivent en même temps que d'autres altérations viscérales de même nature. Le Wassermann est positif et le traitement donne un bon résultat, surtout le traitement par le Salvarsan.

En France et en Allemagne où l'on pratique le traitement précoce de la syphilis, les cardiopathies sont bien plus rares qu'en Russie, où les malades restent longtemps sans traitement dans leurs villages.

Comme traitement, il faut recourir à une cure énergique intermittente et prolongée, préventive.

B. examine ensuite la question des indications et contre-indications dans l'emploi du Salvarsan chez les sujets atteints de cardiopathie. Tout ce qu'on peut dire, c'est qu'il faut être prudent dans l'emploi du médicament, et garder le malade au lit et en observation. On peut administrer le Salvarsan aux sujets atteints de manifestations cardiaques pendant la période précoce. Il y a contre-indication en cas de combinaison du tabes et d'insuffisance aortique. Dans les cas de mort publiés par Ehrlich et Martius, on a toujours trouvé : aortite, sclérose coronaire et myocardite. Ch. Audry.

606 et mercure, par Paul Ravaut. *Tribune médicale*, octobre 1911, p. 417.

L'association du 606 et du mercure est diversement comprise par les partisans de la combinaison de ces deux méthodes. Voici la technique de R. Il fait une première injection de 0,20 à 0,30 de Salvarsan, puis 4 injections de sel mercuriel soluble, le plus actif étant le cyanure en injection intraveineuse ; il recommence trois autres fois cette série, de sorte qu'en quelques semaines le malade a reçu quatre injections de 606 et 16 injections mercurielles.

L'association des deux médicaments fait que les chancres se cicatrisent plus vite que sous l'influence du 606 seul, même à doses bien plus fortes, que les ganglions diminuent plus vite de volume, que la réaction de Wassermann devient plus rapidement négative. A. Fage.

Traitement abortif de la syphilis par la combinaison du Salvarsan et du mercure (Ueber Abortivkuren der Syphilis durch kombinierte Quecksilber-Salvarsanbehandlung, par E. Arning. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1911, nº 39.

A. a traité 1 600 malades par le Salvarsan. Il prescrit immédiatement une cure de frictions mercurielles et administre en même temps de 0,30 à 0,60 de Salvarsan en injections intra-veineuses et une injection intra-musculaire

acide de 0,60. Actuellement, il fait l'injection intra-veineuse 10 à 15 jours après les 2 autres traitements.

Sur 71 malades traités dès la période du chancre depuis plus de 4 mois, aucun n'a encore offert d'accident.

Un des malades contracta un chancre nouveau 4 mois plus tard.

Dans une communication à une Société médicale de Hambourg et d'Altona, faite en mai 1911, A. dit que sur 1 000 malades il n'a observé que deux neuro récidives, toutes deux guéries. A. estime que le petit nombre d'accidents de ce genre présentés dans sa pratique tient probablement à ce qu'il associe le mercure au Salvarsan (compte rendu du *Hamburger Aerzte Correspondenz,* n° 20, 14 mai 1911). Ch. AUDRY.

Eau distillée et sérum artificiel, par M. MILIAN. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 2 novembre 1911, p. 260.

A la suite des recherches de Wechselman, M. Milian s'est proposé de chercher l'explication des réactions thermiques consécutives aux injections intraveineuses de 606 dans les altérations du sérum artificiel employé. — Il rappelle que lorsqu'on compare les réactions immédiates obtenues à la suite de l'injection intraveineuse de Salvarsan et celles que produit l'injection pure et simple de sérum artificiel, on voit qu'il y a identité absolue.

C'est la *fièvre chlorurée sodique* bien connue des physiologistes, se produisant aussi à la suite des injections de chlorure de sodium. D'après les recherches de Wechselmann, l'eau distillée, employée dans les laboratoires et les pharmacies, déposée depuis dix ou vingt jours contiendrait constamment une abondante flore et faune de bacilles, champignons, infusoires, etc.

Il y aurait également des bactéries qui échappent à la stérilisation par la chaleur et qui sont capables de se développer dans le sérum artificiel.

Injecté dans les veines, ce sérum produit une réaction thermique comparable à la fièvre reproduite expérimentalement par Vaughan avec le blanc d'œuf et les protéines bactériennes.

M. Milian présente plusieurs flacons contenant de l'eau distillée et stérilisée à 120 degrés venant d'un des grands hôpitaux de Paris ou préparée dans les meilleures pharmacies. Tous ces flacons, hermétiquement bouchés depuis quelques jours, contiennent de nombreuses moisissures visibles à l'œil nu.

Devant ces constatations, M. Milian a utilisé pour les injections de Salvarsan un sérum fait le jour même avec de l'eau stérilisée le jour même. Depuis cette époque la réaction immédiate est devenue presque constamment nulle. Sur trente malades injectés, un seul est monté à 38°,3 le lendemain de l'injection ; chez tous les autres la température n'a pas dépassé 37°,5. A. FAGE.

Précautions nécessaires à l'administration du 606, par M. MILIAN. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris,* 30 novembre 1911, p. 388.

Pour M. Milian un grand nombre d'accidents mis sur le compte du 606 tient à des fautes de technique. Il indique les précautions suivantes à prendre : se renseigner sur l'idiosyncrasie possible du sujet en faisant prendre de l'arséniate de soude pendant quelques jours à tout malade qui

n'aurait jamais pris d'arsenic. Ne faire des injections qu'à des sujets à jeun. Employer du sérum à 6 pour 100 qui, mêlé au Salvarsan, est isotonique. Se servir uniquement d'eau distillée fraîche, stérilisée le jour même de l'injection. La solution à injecter doit être hyperalcaline (excès d'une à deux gouttes de lessive de soude à 15 pour 100). Pour éviter les thromboses veineuses, il est nécessaire de diluer suffisamment la solution (1 centigramme de 606 pour 4 centimètres cubes et demi de sérum par exemple). Injecter lentement 6 à 8 minutes pour les doses moyennes.

Au point de vue des doses : ne jamais commencer par les doses fortes. Les doses initiales faibles sont : 30 centigrammes pour les sujets non tarés et 10 centigrammes pour les sujets tarés, alcooliques, tuberculeux, paralytiques, cardiaques, etc.

Mettez un intervalle suffisant entre les injections : faire la deuxième une semaine après la première, laisser passer 15 jours avant la troisième et s'il s'agit d'un traitement chronique où les injections sont répétées pendant plusieurs mois, faire une injection toutes les 3 à 4 semaines.

Ne passer à une dose supérieure pour l'injection suivante que si la précédente a été très bien supportée ; à ce point de vue la réaction fébrile immédiate aurait moins d'importance que les phénomènes observés le lendemain et les jours suivants : état nauséeux, céphalée, vomissements, fièvre.

La dose usuelle à employer est de 30 à 40 centigrammes. Il est inutile de faire des fortes doses, même pour guérir des accidents qui paraissent résistants.

A. Fage.

IV. — Accidents. — Récidives. — Neuro-récidives.

Les accidents et les contre-indications du 606, par Paul Ravaut et Cain. *Journal médical français,* 15 octobre 1911.

1° Les accidents. Le 606 peut aggraver des lésions antérieures, les auteurs rapportent un cas de néphrite et un cas de tabes avec néphrite légère où le 606 fut néfaste. Ils passent rapidement ensuite sur les troubles dus aux injections intra-musculaires, celles-ci sont d'un commun accord rejetées. Les effets toxiques du 606 s'accusent dans quelques cas par de l'ictère sans gravité disparaissant au bout d'une semaine, par une albuminurie passagère, par des érythèmes précoces ou plus tardifs. Certains faits semblent prouver que le 606 a une action hémorragipare. On observe un à deux mois après l'injection de 606 chez certains sujets des paralysies des nerfs crâniens. On a noté des cas de paralysies à distance notamment des péroniers latéraux. Ces faits doivent être considérés comme des méningo-récidives ainsi qu'en témoignent les réactions intenses du liquide céphalo-rachidien. Il peut y avoir d'ailleurs méningo-récidive histologique, réaction intense du liquide sans manifestations cliniques. Une nouvelle injection de 606 associée au traitement mercuriel améliore ces récidives. Enfin les lésions anciennes, spécifiques ou non créent sans doute des foyers de moindre résistance que le 606 doit léser plus facilement.

Des contre-indications du 606, primitivement posées il ne convient que de retenir un certain nombre. On refusera le 606 aux malades atteints d'une affection aiguë, aux cachectiques. On devra tenir compte de l'état des reins. En cas de néphrite injecter le 606 seulement si l'élimination ré-

nale se montre suffisante. Chez les nourrissons le 606 paraît très dangereux.

Les auteurs étudient ensuite les contre-indications d'une seconde injection :

Il convient de ne pas faire une seconde injection chez les malades qui ont mal supporté la première ou chez qui la première n'a pas eu une action thérapeutique évidente. Il faut tenir grand compte de l'état d'altération des viscères et notamment du rein.

Il y a certains inconvénients à faire *des injections en série* :

Ils viennent de l'arséno-résistance et d'autre part des accidents toxiques qui se manifestent chez certains malades à la suite des injections répétées. Ces phénomènes relativement fréquents d'arséno-résistance ont poussé les auteurs à faire suivre chaque cure arsenicale, d'une cure mercurielle. Voici ce qu'il est prudent de faire :

1° Ne pas injecter, même à un syphilitique robuste et sans tares une dose supérieure à 30 centigrammes.

2° D'espacer d'au moins huit jours chaque injection.

3° D'associer au traitement arsenical le traitement mercuriel.

La technique de Ravaut est la suivante: première injection de 0.20 à 0,30 de 606, puis 4 injections de cyanure de Hg intraveineux. Recommencer trois autres fois cette série de sorte que le malade reçoive en quelques semaines 4 injections de 606 et seize injections de mercure. C'est en somme une cure arsenicale rompue par une cure mercurielle. A. Fage.

Sur un type spécial d'accidents nerveux et cutanés survenant brusquement de 3 à 5 jours après la seconde injection de « 606 », leur rapport avec l'anaphylaxie, par Paul Ravaut. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris,* p. 365.

R. rapporte d'abord sept observations publiées à ce jour de malades ayant présenté ce type d'accidents. Il s'agit de malades *syphilitiques secondaires* qui trois jours, en général, après la seconde injection du 606 (même faite à doses faibles) sont pris de délire, ont des crises épileptiformes, tombent dans le coma et meurent en quelques heures. A l'autopsie congestion de tous les viscères, congestion cérébrale des plus marquées.

R. rapporte deux cas d'accidents d'un autre ordre, accidents cutanés survenant environ 3 jours après la seconde injection : élévation de la température à 40° et apparition d'une éruption ortiée. Puis tout rentre dans l'ordre.

Accidents nerveux et cutanés sont comparables par bien des points ; le trouble humoral qui les produit est le même : R. y voit un phénomène d'anaphylaxie, tout en faisant des réserves sur cette interprétation. Il n'emploie plus que des doses faibles de 606 en intercalant entre les injections des cures mercurielles. A. Fage.

Deux cas d'accidents graves avec éruptions cutanées survenus à la suite de la deuxième injection d'une faible dose de Salvarsan, qar M. Georges Thibierge. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris,* 30 novembre 1911, p. 407.

Obs. I. — H., 25 ans, syphilitique depuis 6 semaines, atteint d'accidents

secondaires divers, reçoit le 10 octobre une injection intraveineuse de 30 centigrammes de Salvarsan.

Le 13 octobre, injection intraveineuse de 1 centigramme de cyanure de Hg.

Le 16 octobre, deuxième injection de Salvarsan, 30 centigrammes, paraissant tout d'abord être bien supportée, lorsque le 19 octobre apparaît une diarrhée violente et de la céphalée.

Le 20 octobre : légère hématémèse. Température 40°,4, pouls 110. Apparition sur la peau de quelques macules rappelant les taches rosées, le sérodiagnostic est négatif.

21 octobre : température 38°,4. Amélioration mais éruption nouvelle sur le thorax et le ventre d'éléments maculeux rouges, séparés par de larges intervalles de peau saine, faisant penser à la variole. Quelques douleurs dans la région lombaire. Traces d'albumine.

22 octobre : Température 38°, urines abondantes. Violent mal de gorge ; la muqueuse pharyngée est d'un rouge vif, couverte par place d'un enduit bleuâtre.

L'éruption est en voie de décroissance.

23 octobre et jours suivants : amélioration, disparition progressive des phénomènes morbides.

Obs. II. — F., 30 ans, atteint d'un chancre induré de la lèvre supérieure, reçoit le 30 octobre une injection intraveineuse de 30 centigrammes de 606. A la suite de l'injection, température 38° pendant quelques heures.

Le 6 novembre, deuxième injection de 15 centigrammes seulement. Trois quarts d'heure après, frissons, céphalée avec température 36°,3. La nuit surviennent des vomissements bilieux.

Le 7 novembre : température 39°,6, puis 40°. Pouls rapide. Crises violentes de dyspnée.

Le 8 novembre : amélioration. Température 39°,8. On constate une éruption scarlatiniforme sur le tronc, les membres et la face. Aspect typique avec un piqueté purpurique sur un fond rouge écarlate. Albuminurie.

9 novembre : l'éruption s'est étendue ; présente l'aspect d'une éruption intense de rubéole.

Pas d'exanthème pharyngé.

Les jours suivants, l'éruption disparaît progressivement sans aucune desquamation, la température baisse, l'albuminurie diminue et tout rentre dans l'ordre.

M. Thibierge insiste sur le caractère varioliforme de l'exanthème à propos de la première observation et sur l'importance des accidents consécutifs à une injection de 15 centigrammes seulement de 606, dans la seconde.

A. Fage.

Les effets toxiques du Salvarsan (Efectos toxicos del Salvarsan), par J. de Azua. *Revista clinica de Madrid,* 1er juin 1911, p. 401.

L'ictère et la bradycardie attribués par Michaelis à la décomposition des dépôts arsenobenzoliques sous cutanés ou intra-musculaires se rencontrent également après injection intra-veineuse. Les seuls cas de mort constatés par A. après 606 ne sauraient lui être attribués.

Il est probable que la plupart des accidents auditifs ou oculaires mis au

passif de l'arsenobenzol ne sont que des neuro-récidives de Herxheimer. Nombre d'entre eux ont cédé au mercure ou à une nouvelle injection.

En dehors des lésions cardio-vasculaires qui contre-indiquent cette méthode, il semble que l'injection intra-veineuse donne à ses partisans moins de troubles toxiques que la voie intra-musculaire. PELLIER.

Les neurorécidives après traitement de la syphilis par le Salvarsan (Die Neurorezidive nach Behandlung der Syphilis mit Salvarsan), par DESNEUX et DUJARDIN. Tirage à part de la *Münchener medizinische Wochenschrift,* 1911, n° 23.

Les 7 cas de neurorécidives observés dans le service du Pr Bayet portent sur des syphilis graves dont trois avaient débuté par un chancre céphalique Werther et Benario ont également remarqué la fréquence du chancre céphalique chez les sujets à neurorécidives. Dans tous les cas, ces accidents ont débuté par une céphalée intense; les signes de méningite syphilitique ont été fréquemment observés. Le mercure a raison de ces troubles ; l'arsenobenzol, s'il ne réussit pas à les faire disparaître, ne les aggrave nullement. Le Wassermann est toujours positif.

Les neurorécidives n'apparaissent souvent que de un à quatre mois après l'injection et par conséquent au moment où tout au moins la plus grande partie de l'arsenobenzol a été éliminée. Pour toutes ces raisons D. et D. considèrent les neurorécidives comme de nature exclusivement syphilitique. Les doses insuffisantes doivent être incriminées et l'on peut même se demander si elles n'ont pas pour effet de dévier simplement l'évolution de la maladie. PELLIER.

Nouvelles remarques sur le traitement de la syphilis par le Salvarsan et la fréquence des troubles nerveux d'origine syphilitique avant le Salvarsan (Neuerliche Bemerkungen zur Behandlung der Syphilis mit Salvarsan und Haufigkeit der Nervenerkrankung durch Syphilis in der Zeit von Anwendung der Salvarsan), par M. V. ZEISSL. *Berliner klinische Wochenschrift,* 6 novembre 1911, n° 45, p. 2017.

V. Z. a recueilli dans la littérature antérieure à ces dernières années un certain nombre de travaux relatifs aux troubles nerveux de la syphilis précoce, sans compter ceux que Benario a déjà cités.

Lui-même dit que la fièvre s'observe beaucoup moins souvent chez ses malades depuis qu'il emploie de l'eau distillée stérilisée. Sur 279 cas personnels il n'a pas observé de neuro-récidive. Ch. AUDRY.

Cas de méningites survenues chez des syphilitiques traités par le Salvarsan et le mercure, par A. FAGE et André GENDRON. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris,* 23 novembre 1911, p. 355.

Il s'agit de deux malades traités par 3 injections de 606 à doses faibles. Chez l'un après la dernière injection de Salvarsan traitement mercuriel intensif (injections intraveineuses de cyanure d'Hg), chez l'autre injections de bi-iodure avant, ingestion de protoiodure après le traitement arsenical.

Chez l'un et chez l'autre un mois après la dernière injection de 606 apparition d'accidents méningés, oculaires et auriculaires qui s'amendèrent progressivement sous l'influence du mercure et de l'iodure.

Donc les cures mercurielles n'empêchent pas l'éclosion des accidents appelés improprement neuro-récidives. A. Fage.

Syphilis, arsenobenzol, neuro-récidives et neuro-réactions, par Ch. Audry. *Province médicale,* 1911, n° 43, p. 461.

A propos d'une note de M. Sicard sur le méningotropisme du 606, A. observe qu'il faut distinguer les *neuro-récidives* qui sont tardives et dues à une action insuffisante du 606, des *neuro-réactions.*

Celles-ci répondent aux accidents nerveux, souvent méningitiques, qui se produisent à courte échéance après l'injection de 606, et rentrent dans le cadre de la réaction J. J. H. (Jarisch, Jadassohn, Herxheimer). A. conclut que, si l'on soupçonne une atteinte préalable du système nerveux par la syphilis, il faut faire précéder l'administration du 606 d'un traitement mercuriel actif pendant 7 à 8 jours. C. A.

Sur les neuro-récidives syphilitiques postérieures aux cures d'arsenobenzol, sur leur cause et le moyen de les prévenir, par Ch. Audry. *Province médicale,* 1911, n° 44, p. 437.

A propos de la statistique de Finger, publiée par Mucha, et qui mentionne 44 cas dits neuro-récidives sur 528 syphilitiques traités par l'arsenobenzol, A. remarque qu'il n'en a point encore rencontré dans sa pratique (146 cas anciens de plus de 3 mois). Il pense que les neuro-récidives rencontrées en si grand nombre parmi les malades de Finger sont dues à ce que ces malades n'ont pas pris de mercure après l'injection d'arsenobenzol. Les neuro-récidives ne sont pas dues à l'action du Salvarsan seul. Le traitement de la syphilis par l'arsenobenzol doit être un traitement mixte : arsenobenzol et mercure. Ch. Audry.

Le Gérant: Pierre Auger.

CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT.



TRAVAUX ORIGINAUX

DE LA MÉLANOSE CIRCONSCRITE PRÉCANCÉREUSE

Par **M. W. Dubreuilh.**

I

Les tumeurs malignes d'origine épithéliale sont très fréquemment précédées et préparées par des lésions d'apparence bénigne qu'on peut appeler lésions précancéreuses ou plus brièvement précancéroses.

Ces lésions peuvent rester indéfiniment stationnaires, elles peuvent même guérir spontanément mais tant qu'elles existent elles sont susceptibles de donner naissance à une néoplasie maligne. Ce n'est pas une transformation maligne, comme on a l'habitude de le dire, c'est seulement une aggravation ou une accélération du processus. Car on trouve dans ces précancéroses les caractères essentiels de la tumeur maligne. C'est de la graine de cancer, mais de la graine en sommeil qui peut tarder à germer ou même ne jamais germer du tout.

Dans un rapport sur les hyperkératoses circonscrites présenté au congrès international de Dermatologie de Londres en 1896, j'ai proposé le nom de kératoses précancéreuses pour un certain nombre de ces faits et j'ai groupé sous ce titre les cornes séniles, le kératome sénile, les hyperkératoses du xeroderma pigmentosum, la kératose arsenicale, le papillome des ramoneurs et des paraffineurs, enfin les leucokératoses des muqueuses épidermiques. J'en rapprochais même la maladie de Paget qui est aussi une précancérose mais non kératosique.

Les lésions précancéreuses sont évidemment plus faciles à observer sur la peau et les muqueuses épidermiques que partout ailleurs et l'on a pu constater que l'épithéliome cutané est presque toujours préparé de plus ou moins loin par une lésion d'apparence bénigne. L'ulcus rodens fait généralement exception mais je montrerai ci-après qu'il peut exister des précancéroses cliniquement imperceptibles même sur la peau. Sur les muqueuses digestive, respiratoire ou autres, on a établi certains faits de lésions précancéreuses.

Le carcinome cutané est une tumeur assez différente des épithéliomes ordinaires de la peau. Il est très souvent mélanique et jusqu'en ces derniers temps il a été considéré comme un sarcome. C'est sous le nom de sarcome mélanique de la peau que sont classées la plupart des

observations publiées. Unna a montré : 1° que les « cellules de nævus » qui caractérisent le nævus mou sont des cellules épidermiques émigrées; 2° que les tumeurs malignes consécutives à la dégénérescence des nævi ont exactement la même structure que les nævi et sont donc d'origine épithéliale, ce ne sont pas des sarcomes mais des nævo-carcinomes.

Si le nævus est l'origine la plus fréquente du carcinome cutané, il n'en est pas la seule et l'on peut voir des carcinomes naître d'emblée sur une peau saine ou faire suite à une lésion mélanique acquise et de durée variable.

Dans un certain nombre de cas, et particulièrement aux pieds, la tache mélanique ne précède que de très peu le carcinome malin dont elle est la première manifestation. Dans d'autres, la mélanose dure des années ou même indéfiniment sans prendre une allure maligne, et pendant ce temps, loin de rester immobile comme un nævus pigmentaire congénital, elle évolue, augmentant, diminuant, se déplaçant ou même disparaissant spontanément.

Ces grandes plaques mélaniques de la face sont trop frappantes pour n'avoir pas été signalées depuis longtemps mais cependant c'est à Jonathan Hutchinson que revient principalement le mérite d'avoir insisté sur leur évolution et leur signification. Il les qualifiait de « senile freckles » ou de « infective melanotic freckles » le mot de « infective » dans la terminologie de Hutchinson ayant le sens d'extensif. Les observations de Hutchinson sont toutes assez sommaires mais très précises dans leur brièveté. Il les a illustrées par une très bonne planche dans les *Archives of Surgery*, t. V, pl. CVI, et dans son *Smaller Atlas of clinical Illustrations*.

Dans mes premières publications sur cette question, j'ai employé le terme de « Lentigo malin des vieillards » qui est la traduction du nom donné par Hutchinson, mais je dois reconnaître que cette désignation est fort défectueuse à tous les points de vue. Les lentigines des vieux auteurs français correspondent bien aux « freckles » des Anglais, l'un et l'autre mot désigne les taches de rousseur juvéniles et doit leur être réservé ; la maladie n'est pas toujours sénile ni maligne et c'est pourquoi je crois pouvoir proposer le nom de mélanose circonscrite précancéreuse qui caractérise à la fois l'aspect et le pronostic éventuel de la lésion. Elle n'en caractérise pas l'évolution mais on ne peut pas tout mettre dans un nom sous peine de le rendre impossible.

L'étude de cette forme de mélanose ne présente pas seulement un intérêt clinique, elle est aussi importante au point de vue anatomo-pathologique car elle nous montre le mode de début du carcinome cutané et son origine épithéliale. Elle confirme l'opinion de Unna relative à la nature des soi-disant sarcomes mélaniques de la peau. Unna s'était fondé sur l'étude des nævi mous et du nævo-carcinome, j'arrive

au même résultat par une autre voie. L'origine épithéliale des cellules de nævus est très difficile à démontrer et a pu être contestée, parce qu'il est difficile de saisir un nævus en voie d'évolution; il faut pour cela examiner des nævi chez de très jeunes enfants. Dans la mélanose circonscrite précancéreuse le processus est beaucoup plus actif et plus facile à constater.

II

La mélanose précancéreuse atteint à peu près également les deux sexes et je trouve 14 hommes et 18 femmes dans les observations que j'ai réunies. L'âge d'apparition de la mélanose est très variable : les extrêmes sont 18 et 68 ans et la moyenne est 40 ans. Si nous entrons un peu plus dans le détail nous trouvons que la mélanose a débuté :

3 fois avant 20 ans;
6 fois de 21 à 30 ans;
6 fois de 31 à 40 ans;
5 fois de 41 à 50 ans;
3 fois de 51 à 60 ans;
3 fois de 61 à 70 ans.

On voit donc que la distribution est assez égale à toutes les périodes de la vie et que la mélanose peut apparaître tout aussi bien dans la jeunesse que dans l'âge mur.

La mélanose une fois formée dure presque indéfiniment et si nous considérons le temps qui s'est écoulé entre l'apparition de la macule et l'observation, nous trouvons une moyenne de 10 ans avec des extrêmes de 1 à 34 ans. Cette durée se dissocie, comme suit.

Durée de la mélanose au moment de l'observation :
Moins de 5 ans, 8 fois;
5 à 10 ans, 6 fois;
11 à 15 ans, 5 fois;
16 à 20 ans, 1 fois;
21 à 25 ans, 1 fois;
26 à 30 ans, 2 fois;
31 à 35 ans, 3 fois.

Le temps écoulé entre l'apparition de la macule et l'apparition d'une tumeur maligne est de 10 ans en moyenne dans mes observations. Très souvent c'est l'apparition de la tumeur qui a conduit le malade chez le médecin, mais elle peut exister depuis quelque temps déjà. Les temps les plus longs sont 34 ans (obs. IX), 25 (obs. XXI). D'autres fois la tumeur s'est montrée dès la première année (obs. VIII, XVI, XXI). Il est évident qu'il n'y a pas de limite inférieure et l'on peut trouver de nombreux cas où cette durée est moindre, où la tumeur apparaît aussitôt après la mélanose ou en même temps qu'elle, mais alors il n'y a plus de stade précancéreux, c'est le carcinome mélanique

survenant d'emblée sur une peau d'apparence normale. Ces faits sont loin d'être rares, ils sont même de beaucoup les plus communs, mais ils sortent du cadre de mon étude.

Dans un certain nombre de cas la mélanose est survenue à la suite d'un traumatisme ou d'une inflammation. Dans l'observation XX, l'œil a été ecchymosé à la suite d'un coup, l'ecchymose a disparu lentement et un an après apparaît la mélanose. Dans l'observation XXVII c'est une blessure de la voûte palatine par un tuyau de pipe qui au bout d'un an est le point de départ de la mélanose. Chez le malade de l'observation XI, un coup sur le nez laissa une petite croûte persistante et au bout de trois ans se développe une tache mélanique en ce point. Enfin chez B. (obs. VIII), une blessure de la joue laissa une tache rouge qui reste stationnaire 23 ans et alors seulement se pigmente et se transforme en une tache noire rapidement extensive.

La mélanose circonscrite précancéreuse peut atteindre les parties du corps les plus diverses, et non seulement la peau, mais aussi les muqueuses. Son siège le plus fréquent est certainement la face, notamment les joues, les paupières, le nez et le front, c'est là qu'elle présente les caractères les plus typiques au point de vue de l'aspect objectif et de l'évolution. La mélanose de la face est aussi celle qui est le mieux observée par les malades et celle qui attire le plus leur attention; c'est elle que j'aurai surtout en vue dans une description. La mélanose de la conjonctive n'est guère moins typique ni moins fréquente et elle coïncide souvent avec celle de la peau. La localisation buccale paraît rare et n'est remarquée que si elle se complique de tumeur maligne. Sur les extrémités, mains et pieds, la mélanose est assez fréquente mais elle est rarement aussi typique que dans l'observation XXIX. Le plus souvent la malignité est précoce, et l'on y voit le carcinome apparaître d'emblée sous forme d'une tache noire qui évolue tout de suite en tumeur ou en ulcère. Il est même une forme spéciale à ces régions, le carcinome mélanique péri-onyxique ou tourniole mélanique de Hutchinson qui débute par un liséré noir autour de la racine de l'ongle. Mais la marche en est rapidement maligne et l'on ne peut y distinguer un stade précancéreux. Aussi ai-je laissé de côté ce groupe de faits.

La mélanose précancéreuse de la face occupe de préférence la partie supérieure, c'est-à-dire les pommettes, les paupières et le nez ou le front de l'un ou l'autre côté ou même des deux comme dans les observations XIII, XIV et XXII de Hutchinson. Dans un bon nombre de cas la lésion était à cheval sur la ligne médiane, prédominant de l'un ou l'autre côté; il en est ainsi pour tous les cas de mélanose du nez.

La maladie débute par une petite tache bistrée ou brune qui attire à peine l'attention et qui s'accroît avec une rapidité très variable.

La teinte est généralement d'un brun sépia plus ou moins foncé,

mais il est des cas où elle est véritablement noire. Quand on examine une de ces taches à la loupe on voit que la couleur est loin d'être uniforme et qu'elle est formée par une multitude de points ou de lignes très fines, irrégulièrement enchevêtrées, noires ou brun-foncé, se détachant sur un fond plus clair. Ces points et ces lignes ne sont nullement en rapport ni avec les plis de la peau ni avec les follicules ou les glandes sudoripares. Du reste, même à l'œil nu il y a souvent des variations de teinte d'une partie à l'autre, il peut même y avoir dans l'aire même de la macule des points de peau de couleur normale ou même achromique (obs. I).

La pigmentation anormale est la seule altération qui soit cliniquement appréciable, il n'y a aucun relief ni aucune infiltration, la peau a son grain normal, son épaisseur et sa souplesse ne sont pas modifiées. Dans quelques cas seulement on signale une légère desquamation ou un état mamelonné (obs. XVI). Dans la mélanose de la plante du pied on remarque la facilité avec laquelle il se forme des phlyctènes sous l'influence de la marche (obs. XXIX et XXX).

L'étendue des plaques est très variable, depuis une tête d'épingle jusqu'à la largeur de la paume.

Il n'est rien de plus variable et de plus irrégulier que l'accroissement des plaques de mélanose. Il peut être assez rapide pour que d'un mois à l'autre il y ait des modifications notables ou bien la tache reste stationnaire pendant des années. Cet accroissement peut se faire de proche en proche par envahissement graduel mais alors même il ne se fait pas par toute la périphérie mais par un point ou un autre de la circonférence de sorte que les plaques sont toujours irrégulières. Le plus souvent peut-être, l'accroissement se fait par la fusion progressive de petites taches mélaniques naissant dans le voisinage et en apparence au moins distinctes de la tache principale. En réalité elles sont probablement moins isolées qu'elles n'en ont l'air. Nous verrons plus loin à propos de l'anatomie pathologique que les altérations cutanées sont de deux sortes, une métaplasie des cellules basales de l'épiderme et leur pigmentation, cette dernière étant la moins constante et la moins importante. Il se peut donc très bien que l'altération épithéliale principale soit extensive et continue et que seule la pigmentation surajoutée soit discontinue et disposée en foyers isolés. L'envahissement de proche en proche est du reste démontré par l'observation XXIX où la mélanose a envahi une portion de peau greffée provenant d'une région éloignée et par conséquent sûrement indemne. De ces mêmes considérations il résulte que la maladie peut être plus étendue que ne l'accuse la pigmentation et nous verrons plus loin les conséquences qu'on en peut tirer au point de vue du traitement.

Il peut cependant se produire des foyers certainement indépendants et à grande distance comme dans l'observation XIII.

L'évolution de la mélanose n'est pas toujours progressive, elle peut aussi être régressive, et c'est là une des particularités les plus curieuses de cette affection. La pigmentation peut diminuer ou disparaître par places et la peau reprend son aspect normal. La tache mélanique peut ainsi diminuer d'étendue ou se fragmenter (obs. VIII, IX), elle peut même disparaître complètement. Dans l'observation III une tache mélanique du nez qui s'est accrue lentement pendant 12 ans et a atteint 3 centimètres de large, disparaît complètement en moins de 2 ans, sans laisser de traces, mais pendant ce temps apparaît une petite tache noire de la conjonctive. Si la régression en certains points se combine avec la progression en d'autres il en résulte des changements de forme ou des déplacements de la macule comme dans les observations II, VIII, IX, XXV. Dans ces déplacements qui du reste ne sont jamais bien éloignés, la peau semble reprendre tout à fait son aspect normal.

L'apparition d'un carcinome est une éventualité qui est toujours à craindre dans la mélanose, mais cette terminaison n'est pas fatale ou plutôt peut être indéfiniment reculée. L'évolution maligne peut se faire dès le début, c'est le carcinome d'emblée, au bout de quelques mois ou de quelques années, mais parfois elle peut n'apparaître qu'au bout de 20, 25, 30 ans et davantage ; elle peut aussi ne jamais se faire. Le carcinome débute par un simple épaississement de la peau dont la surface devient mamelonnée (obs. XI) ou bien la peau s'indure et s'exulcère (obs. XXVIII), ou bien enfin il se développe une tumeur plus ou moins saillante et globuleuse. La tumeur n'apparaît pas toujours sur la tache elle-même, elle peut aussi bien naître dans son voisinage, ainsi dans l'observation VIII la première tumeur s'est montrée sur la tache, la seconde sur une peau de couleur normale à 1 centimètre de la macule pigmentée, mais en raison des changements de forme de la macule, il est bien possible que ce point ait été pigmenté à un moment donné. Il en est de même dans les observations XII et XIII, toutes les deux de Hutchinson. L'observation XIII ne fait pas mention de cette particularité mais elle ressort de la planche CVI du « Smaller Atlas of clinical Illustrations » qui représente les yeux de cette malade.

La tumeur consécutive à une plaque de mélanose est le plus souvent mélanique ou présente quelques marbrures ardoisées mais ce n'est pas constant, elle peut n'être pas du tout mélanique, au moins cliniquement et au début. En revanche, comme l'a remarqué Hutchinson, la généralisation ganglionnaire est franchement mélanique et les ganglions sont souvent tout à fait noirs, comme une truffe.

La généralisation ganglionnaire est quelquefois assez tardive et peut se faire sans récidive locale (obs. VIII et IX). Du reste, à partir du moment où une tumeur apparaît les choses se passent comme dans tous les cas de carcinome mélanique et l'on peut observer de grandes variétés de malignité. Dans l'observation VIII le malade était encore

très bien 2 ans après l'extirpation d'un ganglion sous-maxillaire noir. D'autre part, dans l'observation XXXIII, une tache mélanique de l'aisselle qui avait été à peine remarquée donne naissance à une tumeur ganglionnaire qui en deux mois a entraîné la mort.

III

A. — Mélanose circonscrite de la face sans production de tumeurs.

Obs. I (1). — *Mélanose circonscrite datant de 22 ans.*

Mme B..., âgée de soixante-six ans, se présente à la consultation le 20 novembre 1892.

Elle a eu la variole en 1870. C'est à la suite de cette maladie qu'il est resté au niveau de la pommette gauche une petite tache sombre qui s'est graduellement accrue.

On trouve actuellement au-dessus de la pommette gauche une plaque pigmentée de 4 centimètres de largeur transversale sur 3 centimètres de hauteur, arrivant à 1 demi-centimètre du bord palpébral. Cette tache est de forme très irrégulière, sa teinte générale est d'un brun sépia, mais non pas uniforme. Certaines parties sont brun pâle, d'autres presque noires ; la couleur ne forme pas, comme dans le lentigo, des macules rondes d'une teinte uniforme, mais des ponctuations irrégulières brunes ou noires, isolées ou confluentes, semées sur un fond brun. Il n'y a d'autre altération de la peau que la seule pigmentation ; le derme et l'épiderme ont leur épaisseur et leur souplesse normales ; aucune sensation anormale.

En un point de la plaque pigmentaire, vers son bord externe, on remarque une tache lenticulaire décolorée, plus blanche que la peau normale, avec quelques petites dilatations veineuses.

Sur le reste de la face, on note seulement quelques altérations séniles, quelques cicatrices de variole, de l'eczéma séborrhéique du cuir chevelu ; prurit vulvaire intermittent.

La malade est morte quelques années après, sans avoir présenté aucune complication.

Obs. VI (2). — *Mélanose circonscrite datant de 30 ans.*

Mme C..., âgée d'une cinquantaine d'années, porte depuis l'âge de 18 ans une tache noire qui occupe la paupière inférieure gauche et la pommette correspondante. Cette tache présente quelques légères variations, mais il n'y a jamais eu de tumeur ni sur la tache ni dans son voisinage.

Mme C... est revue 4 ou 5 ans plus tard. La tache s'est un peu déplacée vers le haut ; elle a la grandeur d'un écu de 5 francs et occupe la paupière

(1) W. Dubreuilh, Lentigo malin des vieillards. *Société de Dermatologie,* 4 août 1894, obs. IV.
(2) *Thèse* de Boussion. Bordeaux, 1903.

inférieure mais n'atteint plus la pommette. Sa couleur n'est pas homogène, elle est constituée par un groupe de taches irrégulières plus ou moins confluentes, de couleur variant du sépia au noir et séparées par des espaces très petits, de couleur moins foncée ou même tout à fait normale. A part les pigmentations la peau est tout à fait normale.

La malade est morte huit ou dix ans plus tard, portant toujours sa tache mélanique.

Obs. III (1). — *Mélanose circonscrite; disparition spontanée après une durée de 13 ans.*

Marie M..., cultivatrice âgée de 49 ans, se présente à la clinique dermatologique de la Faculté en mars 1901.

Il y a 12 ans qu'elle a vu apparaître sur le lobule du nez une petite tache café au lait qui s'est agrandie lentement. Elle mesure actuellement 3 centimètres de hauteur sur 2 et demi de large; elle est située sur la ligne médiane, à cheval sur le nez, s'arrêtant en bas au milieu du lobule, en haut à 2 centimètres de la racine du nez et arrivant à l'aile du nez de chaque côté, débordant même un peu cette limite à droite.

Le contour est irrégulier mais bien tranché. La teinte n'est pas uniforme: sur un fond brun clair sont des taches irrégulières d'un brun foncé occupant presque toute l'étendue de la lésion et passant au noir en certains points. La pigmentation occupe toute la surface de la plaque sauf au centre où est un petit îlot blanc irrégulier de 2 millimètres. La lésion est simplement maculeuse, il n'y a aucune saillie ou induration appréciable au toucher. Une certaine apparence de relief tient à la répartition irrégulière des points clairs et foncés. L'épiderme est tout à fait normal. Les orifices sébacés du nez sont peut-être un peu dilatés et fournissent un peu de graisse à la pression. Les poils de duvet sont conservés.

Pas de douleurs spontanées ou provoquées ; pas de ganglions, achromie sénile assez marquée des paupières inférieures.

La malade est revue en juin 1903. La tache mélanique qui occupait la plus grance partie du nez a totalement disparu sans laisser aucune trace, la peau du nez paraît absolument normale. Mais en examinant l'œil droit on trouve près de l'angle interne une petite tache brunâtre de la conjonctive assez bien circonscrite, triangulaire, touchant par son sommet le bord inférieur de la cornée et par sa base le cul-de-sac inférieur de la conjonctive. La conjonctive n'est modifiée que dans sa couleur ; aucune douleur, aucun trouble visuel, aucun trouble dans les mouvements de la paupière ou du globe.

Obs. IV (Boussion, obs. XIX). — *Mélanose circonscrite datant de 2 ans.*

Mme C..., âgée de soixante ans environ, m'est adressée par M. le Dr Peyre, pour un petit eczéma de la face et pour une tache noire située sur la pommette gauche. Il y a environ deux ans que Mme C... a remarqué, sur la pommette gauche, une petite tache jaunâtre qui s'est graduelle-

(1) Cette observation a été publiée par Boussion avec deux photographies successives, mais malheureusement la reproduction est médiocre et je n'ai pas pu retrouver les clichés.

ment étendue sans donner lieu à aucune sensation anormale ; depuis deux ans, une partie de la tache est devenue beaucoup plus foncée, sans qu'on puisse dire avec certitude si la partie la plus foncée correspond au point de départ de la tache. Actuellement (22 septembre 1902), la pigmentation forme une plaque arrondie de la largeur d'une pièce de 5 francs en argent, étendue sur la pommette gauche et la partie voisine de la tempe. Sur la plus grande partie de son étendue, elle a une teinte jaunâtre, chamois pâle, peu visible, sans changement apparent dans la structure de la peau; il n'y a que le changement de couleur.

A la partie antérieure de cette tache, se trouve une partie beaucoup plus foncée, irrégulièrement arrondie, large comme une pièce de 5 centimes ; elle siège au sommet de l'os malaire. Son contour est bien limité.

Elle ne fait pas saillie et on n'y constate aucun épaississement, ni aucune induration. Les plis et le grain de la peau sont normaux ; la couleur de l'ensemble est d'un sépia foncé presque noir. Par l'examen de la loupe, on voit qu'elle est formée de tachetures et de marbrures de nuances différentes, de la même couleur, plus ou moins foncées, toutes très petites et très serrées.

Il n'y a aucune douleur, ni aucun autre changement de structure que la pigmentation, rien ailleurs, notamment rien aux paupières ni aux conjonctives.

Les taches ont constamment augmenté de couleur et d'étendue depuis leur apparition. En aucun point, elles n'ont rétrocédé : il n'y a donc pas eu de déplacement.

Il n'y a aucune trace de transformation maligne ; il n'y a donc aucune urgence à opérer.

Obs. V. — *Mélanose circonscrite datant de 9 ans.*

Mme veuve C..., de Barsac, âgée de 58 ans, entre à l'hôpital le 17 mars 1909. C'est une femme robuste qui depuis son enfance travaille aux champs, elle a le teint modérément hâlé et ne présente que peu ou pas de nævi ou de taches de rousseur. Il n'y a rien de particulier à noter dans ses antécédents personnels ou héréditaires si ce n'est que sa sœur est probablement atteinte d'un cancer du gros intestin.

Elle a été opérée il y a 10 ans par le Prof. Lanelongue d'un épithéliome du côté droit du nez qui en 2 ou 3 ans avait atteint la largeur d'une pièce de 1 franc. Depuis six mois il se fait une petite rechute qui consiste en un petit placard rosé, croûteux, diffus, sans infiltration profonde, atteignant la grandeur d'un haricot et siégeant sur l'ancienne cicatrice.

Il y a 9 ans est apparue au milieu du front une tache café au lait, sans avoir été précédée par un nævus, ni par un traumatisme. Cette tache a pris graduellement une teinte plus foncée et s'est étendue peu à peu sans jamais rétrocéder, sans jamais s'accompagner d'aucun phénomène inflammatoire ou douloureux.

Cette tache est ovalaire, à grand axe horizontal, mesurant 5 centimètres sur 4 arrivant presque à la racine du nez et entamant un peu la tête du sourcil gauche. Le contour de la tache est irrégulièrement festonné, très nettement tracé, surtout dans sa partie inférieure. Elle est d'une couleur

brun chocolat assez uniforme sauf quelques points plus foncés et noirâtres au centre, et un îlot lenticulaire qui n'est presque pas pigmenté. Par l'examen à la loupe on voit que sur un fond presque uniforme ou à peine marqueté de couleur brun pâle ou bistre se détachent de fines marbrures ou des ponctuations brun foncé ou presque noires d'abondance variable. Ces ponctua-



Fig. 1. — Obs. V.

tions n'ont aucune relation avec les plis de la peau, les glandes sudoripares ou les follicules.

La plaque est constituée uniquement par la pigmentation anormale, il n'y a aucun relief ni aucune induration, la peau a conservé son épaisseur et sa souplesse normales; le grain de la peau n'a subi aucune modification. Les poils de duvet ou du sourcil qui siègent sur la plaque sont normaux comme nombre, volume et couleur.

Les sourcils sont rares et les cheveux sont restés remarquablement noirs pour l'âge de la malade.

Il n'y a aucun trouble de la sensibilité, aucune démangeaison ou douleur.

Obs. VI (1). — *Mélanose circonscrite datant de 15 ans.*

Femme de 55 ans. La lésion a débuté il y a 15 ans par une petite tache noire de la grandeur d'une tête d'épingle qui grandit lentement et avait acquis en 4 ans la grandeur d'une lentille. Depuis 5 ou 6 ans elle s'accroît plus vite et s'est multipliée.

On trouve actuellement sur la joue gauche 5 taches pigmentées. La plus grande a 1 centimètre de diamètre, elle est noire comme de l'encre et présente des contours irréguliers ; elle est entourée d'une zone bleuâtre comme un tatouage. Tout autour se trouvent des taches satellites irrégulièrement rangées, les plus récentes ont une coloration brune qui s'assombrit à mesure que la tache augmente de diamètre. Le duvet persiste sur les taches pigmentées. Pas d'engorgement ganglionnaire.

Obs. VII (Thévenin) (2). — *Mélanose circonscrite datant de 30 ans.*

Femme de 53 ans. Sur la joue gauche et le côté correspondant de la lèvre supérieure se trouve une tache de forme irrégulière de couleur sépia très foncée, presque encre de Chine. Cette tache est couverte d'un épiderme absolument sain sans desquamation ni épaississement, elle est exactement limitée et tranche sur la peau normale ambiante. Elle s'étend obliquement de bas en haut et de dedans en dehors avec une longueur de 5 centimètres et une largeur de 2 centimètres et demi ; au centre elle présente un îlot de peau saine et rosée.

Cette tache a débuté il y a trente ans pendant une grossesse ; elle a commencé par un point noir qui a progressivement grandi.

B. — Mélanose circonscrite précancéreuse avec tumeur.

Obs. VIII (3). — *Mélanose circonscrite précancéreuse. Variations de grandeur, de forme et de siège. Tumeurs multiples successives. Adénopathie. Examen microscopique.*

B..., chiffonnier, âgé de soixante-neuf ans, se présente pour la première fois à ma consultation, le 11 décembre 1888.

Il y a vingt-cinq ans qu'il a été blessé à la joue gauche, et il a persisté à cet endroit non pas une cicatrice, mais une tache rouge de la grandeur d'une pièce de 1 franc. Depuis deux ans, cette tache a commencé à se colorer en noir et à s'étendre progressivement. Enfin, depuis un an, est apparue une petite tumeur au niveau de la tache rouge primitive.

On trouve actuellement sur la joue gauche, entre l'œil et la commissure labiale, une petite tumeur de 1 centimètre de diamètre, circulaire, un peu

(1) Bayet, Lentigo infectieux des vieillards. *Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, 1895, p. 160.

(2) Thévenin, *Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, janvier 1898, p. 43.

(3) W. Dubreuilh, Lentigo malin des vieillards. *Société de Dermatologie*, 4 août 1894.

rouge, modérément dure, un peu déprimée au sommet qui est occupé par une ulcération du volume d'un grain de chènevis. Tout autour de cette tumeur se trouve une auréole de 4 centimètres de diamètre, rouge, avec des marbrures brunes et noires, plus développées au-dessous qu'au-dessus de la tumeur. La peau ne présente à ce niveau aucune autre altération que le changement de couleur.



Fig. 2. — Obs. VIII.. — Février 1896.

J'excise la petite tumeur et j'en cautérise la base avec de l'acide chromique.

La cicatrisation est complète le 22 décembre 1888.

Le malade revient le 28 juillet 1892. Depuis trois semaines, est apparue une nouvelle tumeur, indépendante à la fois de la cicatrice laissée par l'opération précédente et de la tache pigmentée.

La pigmentation occupe actuellement l'étendue d'une pièce de 5 francs

en argent, mais elle est disposée en plusieurs îlots. Une tache centrale, de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, est à peu près noire; les autres taches ont une teinte sépia plus ou moins foncée; leur grandeur varie d'une lentille à une pièce de 50 centimes, elles sont bien limitées et séparées par des bandes de peau saine non décolorée, avec quelques dilatations vasculaires sans importance, car on les retrouve tout aussi nombreuses sur le côté opposé. Si on examine attentivement les taches, on constate qu'elles sont granitées par suite de la présence de points plus foncés, irréguliers, sans rapports avec les poils. La peau ne présente pas d'autres altérations que le changement de couleur; il n'y a aucune saillie, aucune infiltration; l'épiderme est tout à fait normal.

Sur le bord supérieur de la plaque est une petite cicatrice due à l'opération faite antérieurement. Un peu plus haut, à 1 centimètre environ de la plaque pigmentaire, on trouve une tumeur nouvelle, de la grosseur d'un pois, noirâtre, hémisphérique, saillante, enchâssée par un ourlet épidermique et paraissant être une croûte. En cherchant à l'arracher, on voit que toute la partie saillante est constituée par une masse molle, noirâtre, tenace, d'aspect putrilagineux, se laissant détacher avec difficulté; l'examen microscopique a montré que cette masse avait exactement la même structure que le reste du néoplasme. Après l'arrachement de cette masse, on trouve une ulcération superficielle taillée à l'évidoir, parfaitement circulaire, de la grandeur d'une lentille, entourée d'un très mince bourrelet épidermique; le fond est marbré de rose et de noir; la base de l'ulcère est infiltrée, mais sans dureté, il en est de même des bords.

Excision de toute l'ulcération au bistouri.

Les ganglions sous-maxillaires sont intacts.

28 décembre 1892. L'état de la tache est à peu près le même.

17 janvier 1894. La tache a singulièrement pâli quoiqu'elle se soit un peu étendue excentriquement. A la périphérie se trouve une zone brunâtre, à peine visible, interrompue par places; puis une zone de peau tout à fait normale, ni pigmentée ni achromateuse ; enfin, au centre, une plaque ovalaire de 13 millimètres sur 16, brun noir, bien limitée, avec une bande transversale tout à fait noire, de 1 millimètre de large. La plaque pigmentée est en somme en voie de disparition. Les deux cicatrices opératoires sont blanches et souples.

10 mai 1894. Il est apparu depuis peu une nouvelle tache brune sépia, de 15 millimètres de large, à la partie supérieure et interne de la joue. Les cicatrices sont parfaitement saines, mais depuis quinze jours le malade a remarqué dans la région sous-maxillaire gauche une grosseur qui s'accroît rapidement. On y trouve, en effet, un ganglion dur et mobile, gros comme un œuf de poule.

Ce ganglion a été extirpé par M. le Prof. Demons. Il est lisse, bien encapsulé, du volume d'un gros œuf de poule, de consistance molle; à la coupe, on trouve un tissu mou, grisâtre, avec des marbrures noirâtres.

En 1896 le malade était encore vivant et continuait son métier de chiffonnier. Depuis lors il a été perdu de vue.

Examen microscopique. — Les trois pièces présentent une parfaite similitude.

I. — Tumeur excisée en 1888. Je n'ai pu en retrouver qu'une unique coupe colorée au picro-carmin, montée dans la glycérine et mal conservée. On y peut cependant reconnaître la même structure que dans les lésions ultérieures.

II. — La tumeur extirpée en 1892 est assez petite, ulcérée et superficielle. Elle est formée d'une masse peu compacte de cellules néoplasiques avec une infiltration diffuse de cellules mononucléaires. Les cellules néoplasiques sont volumineuses, très irrégulières de volume et de forme, généralement arrondies ou ovalaires quelquefois ramifiées. Le protoplasma est granuleux; le noyau est volumineux, ovale, clair, toujours muni d'un ou deux nucléoles très nets et souvent très gros. Certaines cellules ont plusieurs noyaux.

Les vaisseaux capillaires, assez nombreux, sont extérieurement revêtus d'une gaine de grosses cellules néoplasiques. Il y a très peu de pigment.

III. — Le ganglion enlevé en 1894 ne présente pas trace de tissu lymphatique, il est entièrement formé de tissu néoplasique très peu dense et très pigmenté. Il est constitué par des cellules néoplasiques de petit volume très irrégulières, caractérisées par leur gros noyau nucléolé. Un grand nombre d'entre elles sont tellement infiltrées de pigment que leur stucture est impossible à reconnaître. On trouve disséminées partout des cellules mononucléaires à petit noyau fortement coloré et beaucoup de petites cellules plasmatiques.

Le pigment abondamment répandu partout remplit les cellules néoplasiques, les cellules fusiformes ou rameuses et forme encore dans leurs interstices de fines traînées enchevêtrées en tous sens et qui sont peut-être des prolongements de cellules rameuses dont le noyau ne se trouve pas dans la coupe.

Obs. IX (1). — *Tache mélanique de la face se déplaçant; tumeur mélanique consécutive.*

Justine N..., âgée de soixante-neuf ans, originaire de la Charente-Inférieure, entre à l'hôpital Saint-André le 31 mars 1888, dans le service de M. le Prof. Demons.

Tous ses ascendants sont morts de vieillesse ou de maladies aiguës.

Elle-même n'a pas eu d'autre maladie antérieure que quelques attaques de rhumatisme.

Vers l'âge de trente-cinq ans apparaît une petite tache brunâtre située à la partie inférieure de la tumeur actuelle. Cette tache a augmenté peu à peu d'étendue en remontant vers l'œil, et, chose remarquable, cet accroissement n'était pas uniforme, mais irrégulier dans sa marche, et tantôt la tache avançait dans un sens, tantôt dans un autre, en se retirant sur d'autres points de manière à affecter des formes diverses. Ceci est un fait bien précis dans les affirmations de la malade qui ne paraît pas vouloir nous induire en erreur; nous citerons comme caractéristique ce fait qu'à un moment la tache ressemblait à une personne, avec une tête et des prolongements figurant les quatre membres, ressemblance telle que les commères du pays croyaient à un sortilège jeté sur leur voisine.

(1) Henri Lamarque, *Journal de médecine de Bordeaux,* 30 décembre 1888.

Quoi qu'il en soit, il y avait là une tache unique, pas aussi noire que celle que l'on voit actuellement. Ceci dura jusqu'au mois de mars 1887 ; à ce moment apparut, environ au point central de la tumeur actuelle, une petite élévation, une sorte de verrue qui, cautérisée à plusieurs reprises, reparut bientôt et alla toujours en augmentant. Chose curieuse, à mesure que cette tumeur se développait, la tache brune diminuait d'étendue pour se contourner à la partie supérieure. Là, sa coloration s'est accentuée et a pris la couleur noire que l'on voit à présent. Un autre vestige de la grande tache primitive se rencontre un peu plus bas sous forme d'un petit point marron.

On trouve donc actuellement une tache de forme irrégulière située à un demi-centimètre du bord libre de la paupière inférieure, d'une coloration noire, limitée en bas par une bordure de quelques millimètres de largeur moins foncée et offrant une couleur marron. Cette partie claire descend à la partie externe vers le bord de la tumeur mélanique dont nous parlerons tout à l'heure. Elle semble avoir été produite par l'attouchement d'un caustique qui aurait attaqué la couleur primitive. Il nous a été donné de constater, pendant le séjour de la malade dans le service, qu'il s'agissait là d'une véritable résorption pigmentaire ; nous avons pu, en portant notre attention sur certains points, suivre jour par jour la décoloration progressive ; ce qui nous a paru confirmer les affirmations de la malade quand elle nous disait que la tache avait diminué de plus en plus à mesure que la tumeur augmentait. Cette résorption de pigment mélanique est fort remarquable et nous ne croyons pas que ce fait ait été constaté antérieurement.

Au-dessous de cette tache principale, on rencontre une autre petite tache brunâtre de 3 millimètres environ de diamètre. Ce serait un vestige de la grande tache primitive qui s'étendait jusque-là, au dire de la malade. Enfin, plus bas se trouve une tumeur de la grosseur d'une noix environ, ulcérée et peu colorée. Elle ne paraît pas adhérer aux parties profondes, car des mouvements en divers sens peuvent lui être imprimés facilement. Enfin, dans la région saine, située entre la tache supérieure, la tumeur et le petit point sus-mentionné, région qui aurait été noire primitivement, la peau ne paraît pas avoir sa couleur normale : elle semble décolorée et légèrement estompée de bleu.

Pas de douleurs, si ce n'est quelques élancements au niveau de la tumeur. Santé générale conservée, pas d'amaigrissement appréciable ; pas d'engorgement ganglionnaire.

L'extirpation est pratiquée le 12 avril. Deux incisions courbes circonscrivent la tumeur, qui est énucléée facilement. Les deux lèvres de la plèvre sont rapprochées et réunies par des sutures au crin. Les taches mélaniques sont profondément cautérisées au thermocautère. La cicatrisation se fait sans incident et la malade quitte l'hôpital parfaitement guérie, le 6 mai 1888.

La tumeur, qui à l'extérieur nous avait paru peu colorée, offre à la coupe une teinte fortement mélanique. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait de sarcome mélanique.

Dans une lettre datée du 24 octobre 1888, c'est-à-dire plus de six mois

après l'opération, M. le Dr Dupond (de Braud) donne quelques renseignements complémentaires sur la malade.

« Depuis son retour, la femme N... n'a ressenti aucune douleur dans la joue gauche. A l'heure actuelle, la plaie opératoire est parfaitement cicatrisée, et la cicatrice n'a rien présenté d'anormal. Il existe seulement un gonflement de la région sous-maxillaire du côté gauche. La glande sous-maxillaire offre le volume d'une grosse noisette, elle est insensible à la pression et roule sous le doigt. Il y a à peu près quatre mois que cette femme s'est aperçue par hasard de cette tuméfaction. A ce moment, elle a eu, dit-elle, la sensation d'une piqûre de mouche, elle y a porté vivement la main et a constaté qu'il existait du gonflement; elle croit qu'il pouvait en être ainsi depuis plus longtemps, mais qu'elle n'avait pas eu l'occasion de remarquer cette particularité. En somme, la femme N... ne ressent aucune douleur et vaque comme par le passé à ses travaux habituels. »

Un an après l'opération, la femme N... revenait à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, avec une tumeur sous-maxillaire, du volume d'une orange, formée par des ganglions franchement mélaniques. Elle a été opérée de nouveau et est retournée chez elle. Je n'ai pas eu de ses nouvelles depuis.

Obs. X (1). — *Mélanose de la face datant de 10 ans. Cancer mélanique, envahissement ganglionnaire.*

J. F... est âgé de soixante-sept ans; il a toujours eu très bonne santé et ses parents sont morts à un âge avancé : il nous signale cependant un de ses cousins germains qui avait une tumeur de l'aisselle et vient de mourir récemment. Il se présente pour la première fois à la Clinique dermatologique le 4 janvier 1903.

Il a remarqué depuis une dizaine d'années, à la suite d'un choc reçu sur la joue droite, une tache noire, grosse comme une lentille. Cette tache s'est un peu étendue depuis cette époque, mais presque insensiblement. Elle atteint aujourd'hui la grandeur d'une pièce de 50 centimes. Sa teinte noire s'est maintenue toujours aussi accusée, en dépit de toutes les tentatives empiriques qui ont été essayées contre elles. Toutefois, cette anomalie n'avait entraîné aucune douleur; mais depuis deux ans environ une petite umeur s'est formée à la place même de la tache noire et a suivi sa lente progression. Elle ne provoque non plus aucune douleur, mais sa présence inquiète celui qui en est porteur et l'a décidé à venir demander conseil.

La tumeur est complètement recouverte par la tache noire, de forme à peu près arrondie. Elle siège dans la région parotidienne droite, sur le bord postérieur de la branche montante du maxillaire inférieur et du muscle masséter, à la hauteur du lobule de l'oreille.

A la palpation, elle est de consistance assez ferme. Elle mesure à peu près 1 centimètre de long sur 2 centimètres de large.

Les caractères mêmes de cette évolution nous faisant redouter une grande malignité, nous conseillons vivement une extirpation complète qui n'est pas acceptée.

Nous avons revu le malade le 17 juin 1903, notre fâcheux pronostic s'est

(1) Boussion, *Thèse* de Bordeaux, 1903, obs. II.

réalisé. La tache noire ne s'est pas sensiblement accrue, mais la tumeur s'est étendue au-dessous d'elle, vers l'angle du maxillaire inférieur. Elle est de forme allongée et mesure 2 centimètres et demi environ ; elle fait une saillie de 5 millimètres. Sa coloration est d'un noir intense, sa consistance est ferme : elle adhère à la peau et est devenue douloureuse, surtout depuis quelques jours. A la suite d'un léger traumatisme, sa surface s'est ulcérée et laisse suinter un peu de sérosité brunâtre. Le malade, pour masquer ce point noir, a laissé pousser ses favoris qui le recouvrent en partie. La peau est mobile à ce niveau. Dans toute la région parotidienne, elle est rouge, tuméfiée et douloureuse. On y trouve un ganglion formant une masse volumineuse, du volume d'une amande, dure, peu mobile et douloureuse.

En présence de cette aggravation, nous insistons plus vivement encore pour une intervention immédiate. Le malade y consent, mais comme il s'est fait opérer chez lui, l'examen histologique des pièces n'a pu être fait.

Voici cependant ce que nous avons su de l'opération qui a été pratiquée le 22 juin. L'incision cutanée déborde largement les limites de la coloration pigmentée de la peau de la joue et descend en englobant toute la région sous maxillaire enflammée.

La première partie de la tumeur est détachée facilement de la peau et des tissus sous-jacents, mais les ganglions envahis étant adhérents profondément, la loge parotidienne est ouverte, et tout est enlevé largement et d'un seul tenant, pour ne pas laisser de lymphatiques entre la tumeur et la glande. Hémorragie veineuse abondante : deux artérioles sont liées.

Le malade a été revu et pansé le 28 juin, la réunion était parfaite.

L'examen de la peau montre à la section de la tumeur une infiltration du derme par la matière colorante noire, mais dans la profondeur les tissus sont sains sur une étendue de 2 millimètres. Le ganglion enlevé est ramolli, plein d'un liquide comparable à de l'encre de couleur un peu rouilleuse.

Les parois, adhérentes de tous côtés, sont d'une dureté considérable.

Obs. XI. — *Mélanose du nez consécutive à un traumatisme ; tumeur mélanique développée sur la macule.*

Pierre B..., âgé de 73 ans, entre à l'hôpital du Tondu, le 21 décembre 1910, pour une tumeur du côté gauche du nez. Il est difficile de l'interroger sur ses antécédents, sa surdité étant absolue. On peut apprendre cependant qu'il a reçu un coup sur le côté gauche du nez il y a 8 ans et qu'il était toujours resté là une petite croûte.

Il y a 5 ans une petite tache brune ou noirâtre se montra sur le côté gauche du nez au voisinage de l'angle interne de l'œil gauche. Elle s'étendit peu à peu en même temps que d'autres taches semblables se montraient en différents points du nez et le couvraient en grande partie. Depuis 2 à 3 mois il a remarqué l'apparition d'une petite tumeur, un peu au-dessus de la croûtelle déjà signalée.

Tout le côté gauche du nez depuis sa racine jusqu'à l'orifice des narines est occupé par une vaste tache noirâtre qui atteint même un peu la joue et dépassant l'arête du nez s'étend sur une partie de son versant droit. Le

contour de cette tache est nettement délimité mais très irrégulier, géographique ; sa couleur est d'un brun noirâtre assez variable d'un point à un autre, elle paraît formée par la confluence de macules séparées qui ont laissé quelques intervalles de peau non colorée. Dans la plus grande partie de la région malade il n'y a pas d'autre altération que la pigmentation et la peau a conservé sa consistance et son grain normaux.

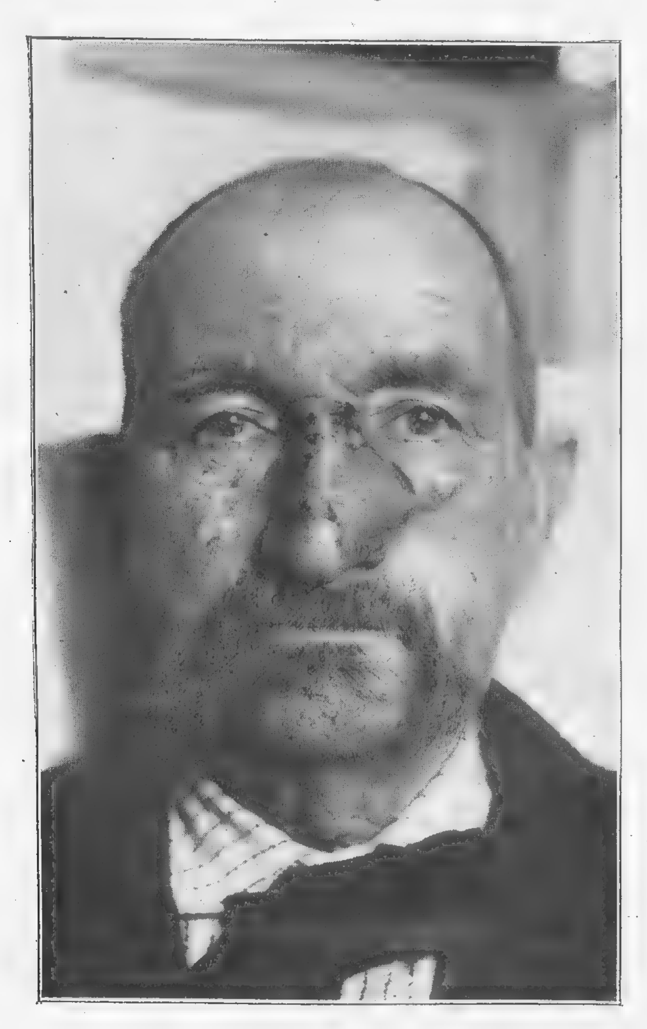


Fig. 3. — Obs. XI. — Après l'opération.
(La photographie prise avant a été manquée).

Le côté gauche du nez est en grande partie occupé par une tumeur qui s'étend depuis le bord orbitaire jusqu'à 1 centimètre de l'arête nasale et 1 centimètre du bord de la narine. Elle est partagée en deux parties. L'une supérieure est peu saillante, irrégulièrement bosselée, faisant corps avec la peau qui est en cet endroit marbrée de taches noirâtres. L'autre inférieure est plus saillante, globuleuse, couverte d'une croûte sous laquelle on trouve une surface suintante marbrée de noir. Les tumeurs sont entiè-

rement cutanées, n'ont pas d'adhérence avec le squelette osseux et laissent indemne la peau de la fosse narine.

Opération le 24 décembre 1910.

Vu l'âge du malade et suivant son désir très formel, l'opération est réduite au strict nécessaire et l'on se borne à enlever la partie nettement néoplasique en laissant en place les parties simplement mélaniques.

Toute la plaque néoplasique est excisée profondément en respectant le bord de la narine dont il reste un liséré de 1/2 centimètre de large, mais en pénétrant jusque dans la fosse nasale qui est ouverte sur une certaine étendue. La perte de substance est comblée par une autoplastie indienne avec un lambeau pris sur la joue gauche, dont le pédicule se trouve au-dessous de l'angle interne de l'œil.

Le malade sort guéri le 14 janvier 1911, la joue gauche est légèrement aplatie par la prise du lambeau, le nez a une forme tout à fait correcte, il présente seulement au côté gauche un aspect un peu matelassé à cause de l'épaisseur du lambeau, plus chargé de tissu graisseux que ne l'est la peau normale de cette région.

2 mars 1911. — Tout va très bien. La plaque mélanique qui entoure le lambeau autoplastique paraît avoir un peu diminué.

Mars 1912. — L'état reste le même, pas de récidive de la tumeur, pas d'extension de la mélanose.

Examen microscopique. — L'opération a porté non seulement sur la tumeur, mais aussi sur des parties de peau voisine. Il y a donc à considérer dans les coupes des parties correspondant à la tumeur et d'autres à la peau simplement pigmentée, mais sans induration.

I. — *a*) Les portions simplement pigmentées de la peau présentent des altérations épidermiques et de la pigmentation.

Dans une étendue assez considérable, la couche basale de l'épiderme est partout altérée et d'une façon assez uniforme. Un grand nombre des cellules mais non toutes sont tuméfiées. Elles ont une forme généralement irrégulière et remplissent incomplètement de petites logettes creusées dans l'épiderme. Leur protoplasma est peu coloré et souvent la forme et les limites de la cellule ne peuvent être reconnues que grâce au pigment qui remplit le protoplasma. Leur noyau est volumineux. Sa colorabilité est variable, mais il contient toujours un gros nucléole rond coloré en rouge par la pyronine (coupes colorées par la méthode de Pappenheim) ou même par l'éosine et quelquefois un second nucléole plus petit, moins coloré.

Ces cellules altérées isolément ou par petits groupes sont séparées par des cellules normales en forme de colonne. Elles ont une certaine tendance à descendre dans le derme et dans quelques points on voit des fibrilles conjonctives fines qui s'insinuent entre les cellules métaplasiées et l'épiderme. Ce fait se voit particulièrement bien dans le cas actuel parce qu'il n'y a pas d'infiltration lymphocytique du derme et que le tissu conjonctif est bien conservé.

Les cellules métaplasiées sont généralement chargées de pigment en grains fins, mais on trouve aussi des cellules profondément altérées qui en sont dépourvues.

Le pigment se trouve en abondance dans la couche basale de l'épiderme, dans les couches superficielles de l'épiderme et dans le derme.

Dans la couche basale, le pigment infiltre tant les cellules normales que les cellules métaplasiées.

Dans la couche filamenteuse de l'épiderme on trouve quelques cellules chargées de pigment qui ont conservé une forme plus arrondie que leurs voisines et on peut les suivre jusque dans la couche cornée où l'on voit des amas fusiformes ou arrondis de grains de pigment. Suivant toute apparence ce sont des cellules métaplasiées qui au lieu de tomber dans le derme ont suivi la fortune des cellules normales.

Dans le derme, le pigment est contenu dans des cellules fusiformes ou rameuses, rarement arrondies, disséminées entre les faisceaux conjonctifs. Ces cellules ne sont pas des cellules épidermiques métaplasiées; les caractères de leur noyau les rapprochent des cellules conjonctives.

Le pigment est en grains arrondis de couleur brune. D'une façon générale, il est en grains fins dans les cellules de la couche basale, métaplasiées ou non, tandis que dans les couches superficielles de l'épiderme ou dans le derme il est en grains plus gros et plus inégaux.

b) Certaines parties de peau paraissent tout à fait normales à première vue, car il n'y a ni altérations épidermiques ni pigmentation, mais l'épiderme est aminci dans toutes ses parties; la limite dermo-épidermique est plane; le derme est aminci. Il y a là une véritable atrophie cutanée qui paraît consécutive à un processus pathologique éteint.

II. — La tumeur présente une structure un peu différente suivant les points que l'on considère. Il y a des points uniquement formés de cellules néoplasiques sans tissu conjonctif ni pigment et des parties riches en tissu conjonctif et en pigment.

1. Les portions entièrement ou presque entièrement cellulaires sont formées de cellules volumineuses très peu serrées, arrondies ou vaguement polyédriques, de volume très variable.

Leur noyau est toujours très volumineux, très net, assez clair, contenant un nucléole gros et rond, bien coloré en rouge par la pyronine et quelquefois un second nucléole. Le reste du noyau est rempli par des granulations chromatophiles assez clairsemées.

Le protoplasma est nuageux, assez homogène, prenant les couleurs acides. Sa quantité est variable, ce qui fait les différences de volume des cellules. Les cellules sont généralement bien distinctes, mais quelquefois elles se fusionnent en formant de fausses cellules géantes.

De fines traînées conjonctives forment des alvéoles qui sont tapissées par les grosses cellules néoplasiques; au centre des alvéoles les cellules très lâches laissent entre elles des espaces clairs.

Les vaisseaux, peu nombreux, ont une mince paroi conjonctive mise en évidence par le réactif de Van Gieson.

En quelques points on trouve des amas de cellules épidermiques typiques avec filaments d'union, elles sont mal colorées et souvent disposées en globes. Ce ne sont pas de vrais globes épidermiques, mais des débris d'épiderme détachés du revêtement par la prolifération néoplasique.

2. Certaines parties de la tumeur sont caractérisées par l'abondance du pigment et du tissu conjonctif.

Le tissu conjonctif forme de larges bandes peu denses séparant des îlots néoplasiques de grandeur et de type variable. La plus grande partie du pigment est réunie dans ces bandes conjonctives et dans leur voisinage.

Les fibres conjonctives qui constituent ces bandes forment un réseau à petites mailles allongées et irrégulières contenant des cellules néoplasiques pigmentées ou non.

Le pigment est renfermé dans des cellules dont il remplit le protoplasma en respectant le noyau. Il est formé de grains ronds assez volumineux d'un brun sépia. Ces cellules pigmentées sont de forme très variable. Les unes, volumineuses, arrondies, sont évidemment des cellules carcinomateuses. Elles sont caractérisées par leur noyau volumineux et nucléolé, au moins quand il n'est pas masqué par le pigment. D'autres cellules pigmentaires sont fusiformes ou ramifiées avec un noyau petit, bien coloré et sans nucléole visible. Ce sont évidemment des cellules conjonctives pigmentées ou chromatophores. Il n'y a pas de rapports entre les cellules pigmentées et les vaisseaux.

3. D'autres parties enfin ont un aspect sarcomateux. Les cellules sont petites, allongées, indistinctes, groupées en faisceaux enchevêtrés; leur protoplasma est vacuolé. Les noyaux sont allongés, un peu plus petits que dans les types précédents, mais encore beaucoup plus gros que ceux des lymphocytes. Ils sont pâles, granuleux, avec un nucléole central coloré en rouge par la pyronine ou par l'éosine.

Le pigment paraît à première vue rare et concentré en quelques grosses cellules chargées de granulations, mais à un fort grossissement on trouve un semis abondant et tout à fait diffus de grains pigmentaires jaunâtres. Ces granulations pigmentaires paraissent disséminées partout sans qu'on puisse affirmer leur situation intra ou extracellulaire.

Des traînées conjonctives très fines et assez nombreuses contenant généralement les vaisseaux parcourent la néoplasie dans tous les sens.

Çà et là sont quelques amas de lymphocytes.

La néoplasie est dans son ensemble bien limitée et circonscrite par le tissu conjonctif refoulé, mais en réalité il y a eu envahissement et non refoulement, car on trouve au milieu de la tumeur des fibres musculaires striées parfaitement conservées ou en voie de dégénérescence, perdues au milieu des cellules néoplasiques et en contact avec elles.

Obs. XII (Hutchinson) (1). — *Mélanose de la joue ; tumeur de la paupière.*

Sir A. D..., âgé de 56 ans. Sur la joue gauche à un pouce du bord de la paupière est une tache noire lisse et sans induration. Elle existe depuis plusieurs années mais a un peu grandi depuis quelque temps. Il n'y avait certainement pas là de nævus congénital.

Depuis quelques mois, un ulcère de mauvais aspect s'est développé au-dessus de la tache noire, sur le bord de la paupière, faisant un relief de un quart de pouce.

(1) J. Hutchinson, *Archives of Surgery*, t. III, p. 318 (1890).

Excision de l'ulcère en laissant la macule, ce qui a nécessité le sacrifice de la plus grande partie de la paupière inférieure. Le malade n'a pas été revu mais il est probable qu'il n'y a pas eu de rechute.

Examen microscopique : épithéliome.

Obs. XIII (Hutchinson)(1). — *Mélanose de la paupière et de la joue opposée. Tumeur dans le voisinage.*

Mme P. L..., 62 ans, porte une petite tumeur non pigmentée ressemblant à un ulcus rodens, développée sur la paupière inférieure gauche, au voisinage de taches noires qui sont apparues depuis plusieurs années. Ces taches d'un bleu noir, avec léger épaississement de la peau mais sans papillomatose formaient quelques groupes sous la paupière inférieure gauche.

Quelques autres taches analogues, mais plus récentes, sont apparues à la partie inférieure de la joue du côté opposé.

Obs. XIV (Hutchinson) (2).

Dr G..., âgé de 73 ans, porte sur le dos du nez une plaque noire comme du charbon. Les bords en sont irréguliers et évidemment en voie d'extension ; quelques légères taches noirâtres sur les paupières. Sur la joue droite se trouve une plaque papillaire de la grandeur de six pence, qui est évidemment un épithéliome au début. Les macules noires datent de 6 ans et la tumeur date de 2 ans.

Obs. XV (Claisse et Dartigue) (3).

Femme de 53 ans. Il y a trois ans, apparition d'une tache noire à la partie inférieure de la joue ; il y a 6 mois il se produit une tumeur qu'on essaie d'enlever avec une ligature et qui récidive sous forme d'une tumeur bosselée de 2 centimètres et demi. Elle est excisée et l'examen montre un carcinome alvéolaire mélanique.

Obs. XVI (Nicolas et Durand)(4).

Homme de 26 ans, a vu apparaître il y a 8 mois une petite tache noirâtre sur la bosse frontale gauche en avant de la lisière des cheveux. Elle était arrondie, sans relief et ne s'accompagnait d'aucun signe subjectif. Elle s'agrandit progressivement, surtout dans ces derniers temps. Cette plaque mesure actuellement 5 centimètres sur 4, elle est située un peu à gauche de la ligne médiane et empiète un peu sur le cuir chevelu. La couleur est franchement noire au centre et brunâtre à la périphérie qui est marquée par une limite nette. Dans les parties périphériques l'altération ne consiste qu'en un changement de couleur. Dans les parties centrales il existe outre la coloration une infiltration de la peau qui prend un aspect chagriné, le centre même est mamelonné au doigt et à la vue. C'est une infiltration dif-

(1) J. Hutchinson, *Archives of Surgery*, t. III, p. 318. Pl. CVI, les 2 figures supérieures de la planche.

(2) J. Hutchinson, *Archives of Surgery*, t. IV, p. 61.

(3) Claisse et Dartigues, Sarcome mélanique de la joue. *Société anatomique de Paris*, 1899, p. 936.

(4) Nicolas et Durand. Tumeur mélanique du front, ablation, guérison constatée après 3 ans. *Bulletin de la Société de chirurgie de Lyon*, 18 mars 1909, p. 133.

fuse un peu molle et non une tumeur dure. Dans la partie qui atteint le cuir chevelu, les cheveux sont conservés.

Pas de ganglions cervicaux ; état général excellent ; nombreux nævi et taches pigmentaires disséminés sur le corps.

On excise largement la plaque en allant jusqu'à l'os qui est ruginé.

L'*examen microscopique* montre une infiltration pigmentaire inégalement accusée. Dans les parties les plus pigmentées, la partie superficielle du derme est occupée par des amas cellulaires confluents. Les cellules de l'épiderme sont infiltrées de pigments. En certains points les cellules épidermiques infiltrées sont disjointes, séparées les unes des autres ; elles ont perdu leurs filaments d'union.

Dans la partie superficielle du derme on trouve le pigment logé dans de grandes cellules irrégulières dont le noyau n'est souvent plus visible.

L'infiltration dermique est beaucoup plus étendue qu'on ne pouvait le supposer. On trouve dans presque toute l'étendue du derme, entre les faisceaux conjonctifs, des cellules qui paraissent être des cellules conjonctives et qui sont bourrées de pigment.

C'est une néoplasie présentant à la fois les caractères du sarcome et de l'épithélioma mélanique.

Obs. XVII (Wilfrid Fox) (1). — *Deux carcinomes de la face, l'un consécutif à un nævus, l'autre à une mélanose circonscrite acquise.*

Une femme de 72 ans porte sur la face deux tumeurs distinctes dont une seule est pigmentée. Depuis son enfance elle portait un nævus mou non pigmenté sur la joue gauche au-dessous de l'œil. Depuis 15 ans ce nævus s'est ulcéré et saigne facilement. L'ulcération a lentement grandi, elle est maintenant large comme une pièce d'un shilling avec un bourrelet périphérique et un aspect franchement épithéliomateux. Il n'y a pas trace de pigmentation et pas de retentissement ganglionnaire.

Il y a 12 ou 13 ans, elle a remarqué sur l'autre joue et un peu plus bas une macule pigmentée qui s'est graduellement étendue et foncée et qui présente actuellement un diamètre de deux pouces avec une forme irrégulièrement circulaire.

Il y a trois ans est apparu, au milieu de cette plaque pigmentée, un nodule saillant gros comme un noyau de cerise, qui s'est ulcéré depuis trois mois. Il n'y a pas de ganglions non plus de ce côté.

L'examen microscopique des deux tumeurs a montré la structure d'un épithélioma.

La tumeur pigmentée est nettement un carcinome et non pas un sarcome mélanique comme on le dit dans les vieux traités. Le bourgeonnement profond de l'épiderme est très évident. On peut remarquer que les altérations carcinomateuses s'étendent non seulement sous le nodule, mais aussi sous toute la peau pigmentée dans les limites de la peau excisée.

(1) Wilfrid Fox, *Royal Society of medicine, Dermatological Section*, 19 oct. 1911. *British Journal of Dermatology*, nov. 1911, p. 358.

(A suivre.)

SPOROTRICHOSE PRIMITIVE DU CALCANÉUM

Par **L.-M. Bonnet,** médecin de l'Antiquaille.

Je viens d'observer un nouveau cas de sporotrichose osseuse, particulièrement intéressant.

Il peut être *résumé* ainsi :

Homme de 69 ans, sans antécédents pathologiques. Rétrécissement et insuffisance aortiques endocarditiques, d'origine indéterminée. Entre pour une lésion du cou-de-pied ayant débuté il y a 4 ans, fistuleuse depuis un an ; ces fistules sont d'origine osseuse. Deux chirurgiens font, séparément, le diagnostic de tumeur blanche tibio-tarsienne. Les cultures montrent qu'il s'agit de sporotrichose ; on conclut à une sporotrichose ostéo-articulaire. Mais la radiographie fait voir, et l'autopsie le confirme, que le calcanéum est seul intéressé. Mort d'accidents pulmonaires aigus ; absence de toute autre lésion sporotrichosique actuelle ou antérieure. Comme étiologie : possibilité d'une contagion familiale.

Voici d'ailleurs l'observation détaillée :

Jean G., âgé de 69 ans, né à Courlaoux (Jura), entre dans mon service, le 2 mai 1911, pour une lésion de la jambe gauche.

Père mort à 82 ans. Mère morte en couches. Un frère mort à 65 ans ; les autres vivants.

Né dans le Jura. Depuis 30 ans, il a habité Lyon, jusqu'à il y a 3 mois ; pendant ces trente années, il a constamment exercé les professions de voiturier et de garçon d'écurie. Depuis 3 mois il habite la campagne, à quelques kilomètres de Lyon.

Jamais aucune maladie vénérienne.

Pas de bronchites ; rien de suspect au point de vue bacillose dans ses antécédents.

Petite vérole en 1870.

A l'âge de 25 ans, entorse du pied gauche, qui guérit sans laisser aucune séquelle.

Marié. Sa femme a 65 ans ; elle souffre de douleurs, mais à part cela s'est toujours bien portée.

Il n'a eu qu'une fille, laquelle est morte il y a trois ans et demi. Elle était couturière. Comme elle n'était pas mariée elle habitait avec ses parents. Elle serait morte d'une affection de la jambe, sur laquelle il ne peut donner aucun renseignement, si ce n'est que cette maladie aurait duré 3 ans et aurait été consécutive à un coup. Elle n'avait eu aucune maladie antérieure.

La maladie du pied pour laquelle il entre aurait *débuté il y a 4 ans,* c'est-à-dire avant la mort de sa fille.

Pas d'albumine dans les urines.

A son entrée, on avait noté qu'il y avait un peu de gonflement de la région du cou-de-pied, avec trois très petites ulcérations. On vit alors le malade un peu rapidement, et on nota qu'il s'agissait de pyodermite. Mais quelques jours après on regarda le malade de plus près: on constatait alors avec évidence qu'en réalité il s'agissait de trois fistules ; il y avait de l'épaississement, de l'empâtement de toute la région-tibio tarsienne. Il était donc évident que l'affection qui avait fait entrer ce malade était une lésion osseuse, et non une affection cutanée. Je demandai donc son transfert en chirurgie.

M. Durand, chirurgien des hôpitaux, me déclara qu'il s'agissait d'une tumeur blanche tibio-tarsienne, et que, vu son grand âge, on ne pouvait faire aucun traitement chirurgical. Il ne voulut donc pas le prendre inutilement dans sa salle.

Au commencement d'août, l'état ne s'étant modifié en rien, et ne sachant que faire de ce malade, je le montrai à un autre chirurgien (Dr Laroyenne), qui me fit la même réponse : tumeur blanche ; pas de traitement chirurgical à cause de l'âge du malade.

Fin août, je le renvoie une troisième fois en chirurgie, demandant qu'on prenne une décision, ne pouvant garder indéfiniment une tumeur blanche dans un service de dermatologie. Le chirurgien (Dr Durand) me dit qu'il s'agit bien évidemment d'une tumeur blanche fistulisée, et qu'il faut ou ne pas y toucher, ou faire l'amputation.

C'est à ce moment que j'ai quelques doutes sur la nature de l'affection, et que je pense à la sporotrichose, à cause de l'indolence relative et de l'absence de tout antécédent tuberculeux.

Aussi, le 31 août j'ensemence sur gélose glycosée le pus des trois fistules. Tous les ensemencements donnent d'*abondantes colonies de sporotrichum* à l'état pur.

Ce malade ayant ainsi pris un intérêt nouveau, je l'examine avec soin, et le 15 septembre *je complète ainsi l'observation*:

La maladie en question a *débuté il y a environ 4 ans.* A cette époque le cou-de-pied devint un peu douloureux et enfla un peu. Cela augmenta très lentement; la marche finit par être assez pénible. Cependant il a toujours pu marcher. Il marchait avant d'entrer à l'hôpital, où il *est venu à pied*; dans le service, actuellement, il marche encore.

Les *fistules* sont survenues il y a *un an.* Auparavant, il ne souffrait presque pas. Un peu avant l'apparition de ces fistules, il s'est mis à souffrir un peu plus. Depuis que ces fistules existent, il a de temps en temps des périodes douloureuses ; ce ne sont pas d'ailleurs des douleurs très vives. Entre temps, la douleur est presque nulle.

Il existe trois fistules, par lesquelles il sort un pus pas très abondant formé d'un liquide jaune séreux avec des grumeaux blanchâtres. D'après le malade, et cela est confirmé par l'infirmier, le malade souffrirait chaque fois que ces fistules ont une tendance à se tarir et à se boucher.

Il existe trois fistules : deux sont en desssous et en arrière de la malléole externe, l'autre au-dessus et en arrière de la même malléole. Le stylet introduit dans les deux fistules inférieures conduit nettement vers le calcanéum. Pour la fistule supérieure, on est vite arrêté, et on ne peut recon-

naître, si elle vient du même os, ou de l'astragale, ou du péroné, ou de l'articulation ; cause de sa situation, je pencherais plutôt pour le péroné.

Le cou-de-pied semble presque normal si on examine sa face antérieure ou sa face interne.

Les lésions dominent sur les faces externe et postérieure du cou-de-pied. Il y a une *tuméfaction diffuse* qui empâte et déforme cette région. La peau est violacée. A la palpation, *cette tuméfaction est dure*. Il est difficile de reconnaître à la palpation l'état exact du squelette, parce que les parties molles sont épaissies et indurées à ce niveau (faces externe et postérieure). Le maximum des lésions semble situé au-dessous et en arrière de la malléole externe. On a l'impression que la malléole externe et le calcanéum sont augmentés de volume ; mais il est possible que ce soit une impression due à l'induration des parties molles.

Il y a un peu d'œdème du tiers inférieur de la jambe. Mais cela est très léger.

Le pied même paraît indemne. Il est certain, du moins, que tout ce qui est en avant de la médio-tarsienne est indemne.

Pas d'atrophie des muscles de la jambe.

Dans l'aine gauche, correspondant au pied malade, on sent trois petits *ganglions* indolores, dont le plus gros a le volume d'une petite noisette.

On ne constate absolument rien sur tout le corps. Pas trace de plaie récente ni ancienne. Il n'a jamais eu ni abcès, ni rien autre de suspect. On ne trouve aucune cicatrice. La lésion du cou-de-pied est donc isolée, et cliniquement primitive.

Il n'y a pas eu, au début de la maladie ou avant elle, une blessure, une écorchure, un bouton quelconque de la région malade, que l'on puisse envisager comme une inoculation directe en ce point.

Aux poumons, on ne trouve qu'un peu d'emphysème. Cela est léger. D'ailleurs il ne tousse pas et n'est pas sujet à s'enrhumer les hivers.

La pointe du *cœur* est dans le 5e espace, mais en dehors de la ligne mamelonnaire. *Souffle systolique* intense ayant son maximun au foyer aortique. *Souffle diastolique* aspiratif léger, mais caractéristique de l'insuffisance aortique, à maximum dans le 3e espace sur le bord gauche.

Pouls ample, n'ayant pas cependant les caractères d'un pouls de Corrigan typique.

Pas de signe de Durozier.

Ni albumine ni sucre.

On donne *2 grammes d'iodure* au malade, pour tâter sa susceptibilité et on l'envoie à la radiographie.

Le *18 octobre* on note : en examinant le pied malade, on a l'impression que les lésions occupent essentiellement le calcanéum et la malléole externe, ainsi que les parties molles adjacentes. Il n'est pas sûr du tout que l'articulation tibio-tarsienne elle-même soit lésée. Les mouvements du pied se font assez bien, sans douleur. La pression sur l'interligne articulaire n'est pas douloureuse, sauf dans la région externe indiquée.

Il semble qu'il y ait un peu moins de suppuration.

Le 21 octobre, on reçoit le *cliché radiographique* (fig. 1) qui montre une *caverne dans le calcanéum* et de petites productions ostéophytiques à l'in-

sertion du tendon d'Achille. Tous les autres os et les articulations sont intacts.

On donne 3 grammes d'iodure.

On prend la température depuis le 15 courant ; elle est normale ; il a eu une seule fois 37°,9.

Le *5 octobre*. — La suppuration est presque nulle. Cependant les fistules ne sont pas fermées. On n'ose pas augmenter la dose d'iodure, car il tousse un peu.

Le *19 octobre*. — Depuis 5 jours le malade est gêné pour respirer. Il n'y a pas cependant de véritable dyspnée. On trouve quelques râles fins aux bases des deux poumons. Le pouls n'est pas rapide.



Fig. 1.

A cause de la congestion pulmonaire on suspend l'iodure.

Le *24 octobre*. — La température a oscillé autour de 38° depuis le 20.

Le malade qui avait eu les jours précédents quelques accès de dyspnée, est pris aujourd'hui d'un violent accès de dyspnée, avec cyanose, refroidissement des extrémités et de la face ; à l'auscultation, râles d'œdème dans les deux poumons ; pas d'expectoration.

Il est un peu calmé par l'application de ventouses scarifiées, et une injection de 0,30 centigrammes de caféine et un demi-centigramme de morphine.

Le *25 octobre*. — La dyspnée est un peu moindre ; cependant il a encore ce matin 40 respirations. Il persiste des râles d'œdème dans les deux poumons (base et partie moyenne).

Pas d'albuminurie.

La température monte à 39°,9 le soir du même jour.

Il a encore 39° le 26 au matin, et 39°,9 le soir. A partir du 27, la température baisse un peu ; elle se tient vers 38° le matin, et vers 38°,5 ou 38°,6, le soir, et cela jusqu'à la mort.

Le *30 octobre* on note : La dyspnée persiste. Le malade tousse, mais ne crache pas.

A la base gauche il y a, tout à fait en bas, des râles crépitants et une respiration soufflante.

Le pouls n'est pas rapide, mais est petit et mou.

Il prend 0,30 centigrammes de digitale les 30, et 31 octobre, 1 et 2 novembre.

Il meurt le 3 à 11 heures du matin.

Autopsie. — Très gros *cœur* (510 grammes). Rien au péricarde. Rien à l'orifice mitral. Les sigmoïdes aortiques sont soudées, recroquevillées, dures, avec quelques points calcifiés. Il en résulte un très fort rétrécissement aortique, avec une insuffisance légère. Quelques granulations endocarditiques récentes sur le bord libre des sigmoïdes.

L'aorte elle-même est saine. Elle est un peu large, mais ne présente ni athérome, ni plaques gélatiniformes.

Poumons. — Bronchite purulente. Pneumonie hypostatique des deux bases, n'occupant qu'une partie du lobe inférieur, mal limitée ; il ne s'agit évidemment pas de pneumonie franche. Cette lésion prédomine nettement à droite, où le tissu ne crépite plus. Il n'y a aucune trace de tuberculose ancienne ni actuelle.

Foie muscade typique.

Les *reins* sont sains ; c'est à peine si la capsule adhère un peu plus que normalement.

Rate petite, avec quelques vieilles plaques de périsplénite.

Examen du pied. — Le stylet montre que les trois fistules conduisent en un même point de la face externe du calcanéum.

La dissection est très laborieuse, car sur les faces externe et postérieure du cou-de-pied et du talon, il y a une sorte d'*induration générale de tout le tissu conjonctif* : derme, hypoderme, aponévroses, sont soudés en *une sorte de gangue fibreuse*, qui adhère elle-même au périoste. Les gaines tendineuses, une fois incisées, montrent que leur cavité est absolument saine ; les tendons sont sains.

Toutes les articulations sont saines : tibio-tarsienne, astragalo-calcanéenne, etc., etc.

Le tibia, le péroné, l'astragale, cuboïde, etc. sont absolument sains.

Un seul os est atteint, le calcanéum. Il présente en effet une caverne, qui, nous l'avons vu, avait été parfaitement indiquée par la radiographie.

Cette caverne (fig. 2) est remplie par un magma brunâtre, d'odeur infecte. Une fois détergée, elle se présente ainsi :

Sur la face externe du calcanéum, tout près de son extrémité postérieure, existe un orifice ovalaire, à grand axe à peu près vertical, mesurant 11 millimètres, sur 17 millimètres. Son bord inférieur est mince et tranchant ; le bord supérieur est mousse : c'est même plutôt une gouttière qu'un bord.

La cavité, partant de cet orifice, se dirige, en bas, en arrière, et un peu

en dedans. Elle a 23 millimètres de profondeur. Elle a la forme d'un cylindre à fond arrondi ; ce fond répond à peu près au milieu de la face postérieure du calcanéum, un peu au-dessous de la crête limitant l'insertion du tendon d'Achille. La surface intérieure est représentée par de l'os poreux ; elle devient lisse en approchant du bord supérieur de l'orifice : à ce niveau, cela forme une gouttière d'os compact absolument lisse.

La paroi postéro-externe est très mince, car la cavité est creusée juste sous la surface de l'os. Cette paroi est percée de 4 orifices secondaires. Un, large de 2 millimètres, est sur la face externe du calcanéum, juste sous le grand orifice ; deux sur la face postérieure, au-dessous de la crête du tendon d'Achille, ont l'un 2 millimètres et l'autre 5 millimètres ; ces trois premiers orifices sont arrondis. Le quatrième, placé également sur la face

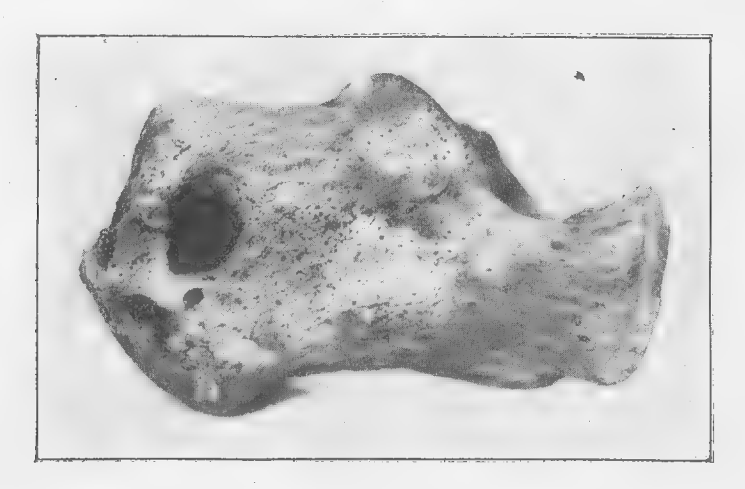


Fig. 2.

postérieure, mais immédiatement au-dessus de la crête du tendon d'Achille, est irrégulier et a 4 millimètres de large.

Entre ce dernier orifice et les deux précédents, la crête limitant l'insertion du tendon d'Achille présente un développement exagéré. Il y a en effet une croûte ostéophytique, très poreuse, qui remonte en dehors, et occupe alors toute la portion séparant le grand orifice du bord postérieur de l'os. Ces productions, ainsi que la radiographie en fait foi, étaient bien plus développées qu'il ne semblerait d'après la pièce sèche ; très friables, elles ont été en partie enlevées quand on a dénudé l'os.

J'ajoute, en terminant l'observation, que les ensemencements faits à l'autopsie avec le sang du cœur et avec la sérosité pulmonaire n'ont pas donné de colonies de sporotrichum. Du moins les tubes de culture ont été immédiatement couverts de moisissures diverses, et il a été impossible de savoir s'il y avait quelques sporotricha ou s'il n'y en avait pas.

On me permettra de faire suivre ce compte rendu de quelques brèves réflexions.

1. Ce nouveau cas vient confirmer la *fréquence relative* de la sporotrichose osseuse.

La liste des observations s'accroît, en effet, avec une rapidité remarquable. Quand MM. de Beurmann, Gougerot et Vaucher (1) publièrent leur mémoire (1909), il n'existait qu'une dizaine de cas de sporotrichose osseuse, dont cinq seulement indiscutables. Or, en juillet dernier, c'est-à-dire deux ans après, mon élève Marchand (2) en pouvait réunir vingt-huit. Deux ou trois ont été publiés depuis, et en voici encore un.

Et ces chiffres sont certainement bien au-dessous de la réalité, car il n'est pas douteux que bien des cas échappent et ne sont pas diagnostiqués. On a vu, en lisant l'observation ci-dessus, qu'il s'en fallut de bien peu que le cas ici rapporté passât inaperçu ; et cependant, à cause de mes observations antérieures, j'avais l'attention particulièrement attirée sur cette question.

2. La maladie avait atteint le calcanéum *primitivement et isolément*. L'interrogatoire du malade et de sa femme, l'examen du sujet pendant sa vie et après sa mort, en ont donné la preuve complète.

Or, les observations de sporotrichose osseuse primitive sont encore très peu nombreuses. Je ne trouve guère à citer que celles de Fage (3), Josset-Moure (4), Marie et Gougerot (5), de Beurmann, Gougerot et Verne (6).

L'importance pratique de ces faits, c'est que leur diagnostic est particulièrement difficile. L'existence de gommes ou d'abcès cutanés multiples éveille actuellement, chez tout le monde, l'idée de sporotrichose. Mais quand la lésion osseuse est isolée, le diagnostic a bien des chances de ne pas être fait : à moins que, selon le conseil de MM. de Beurmann et Gougerot, on cultive systématiquement toutes les suppurations osseuses chroniques.

Aussi il se pourrait que la rareté de la sporotrichose osseuse primitive (cliniquement primitive) fût plus apparente que réelle. Car l'expérimentation a montré (rat) que la sporotrichose a une affinité toute

(1) De Beurmann, Gougerot et Vaucher, Sporotrichose osseuse et ostéo-articulaire. *Revue de chirurgie,* 10 avril 1909, p. 661.

(2) Marchand, Les sporotrichoses osseuses, articulaires et synoviales. *Thèse,* Lyon, 1911.

(3) Fage, Gomme sporotrichosique périostée avec périostose du tibia. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris,* 5 juin 1908, p. 879.

(4) Josset-Moure, Sporotrichose du tibia ayant simulé une ostéomyélite chronique. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris,* 4 décembre 1908, p. 738.

(5) Marie et Gougerot, Ostéite sporotrichosique hypertrophiante primitive du tibia. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris,* 28 mai 1909, p. 994.

(6) De Beurmann, Gougerot et Verne, Ostéomyélite gommeuse sporotrichosique primitive. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris,* 4 juin 1909, p. 1123.

particulière pour le squelette ; c'est, sans doute, la plus « ostéophile » des infections.

3. Je ne sache pas qu'on ait encore publié de cas de *sporotrichose du calcanéum.*

Le chirurgien doit donc être averti de cette localisation possible.

Cela confirme, en outre, la grande analogie que présente cette maladie chez l'homme et chez l'animal. On sait la fréquence avec laquelle les os du tarse sont intéressés dans le sporotrichose expérimentale.

4. Les *autopsies* de sporotrichoses osseuses sont rarissimes ; quand on a l'occasion d'en faire, il y a donc lieu de bien préciser la lésion trouvée.

On a vu qu'il s'agissait ici d'une *caverne osseuse* régulière, creusée presque à l'emporte-pièce.

C'est la plus caractéristique des formes anatomiques que revêt la sporotrichose osseuse. En effet, les autres types observés (périostites, ostéite hypertrophiante, etc.) ressemblent singulièrement à des lésions d'autres natures ; leur aspect est assez banal. Celui-ci est, au contraire, bien spécial ; os en main, on reconnaîtra aisément ces cavernes, ces tunnels osseux (1), quand on en aura vu une fois, au moins s'ils existent à l'état pur, comme ici. Le diagnostic doit être déjà fortement soupçonné d'après l'image radiographique.

Ces cavernes osseuses sont d'ailleurs tout à fait semblables à celles qu'on voit constamment chez le rat.

5. On observait les *symptômes d'une tumeur blanche du cou-de-pied.*

L'aspect du pied, les fistules, la forme et la répartition du gonflement, étaient tout à fait ceux de cette maladie. Deux chirurgiens des hôpitaux ont fait, indépendamment l'un de l'autre ce diagnostic ferme, sans aucune hésitation. Quand je les ai, plus tard, informés du résultat des cultures, puis de la radiographie, ils m'ont l'un et l'autre déclaré que l'aspect était si typique que le diagnostic de tumeur blanche s'imposait comme une chose évidente, et qu'ils étaient très surpris.

Pour moi, qui ai examiné le malade à maintes reprises, il me semble qu'il y a deux choses qui pourraient peut être, le cas échéant, servir d'indice. D'une part, la lésion était très peu douloureuse ; j'ai dit que le malade marchait encore, et était venu à pied à l'hôpital. D'autre part, les parties molles présentaient une indication presque ligneuse. Ce ne sont que des nuances qui ne peuvent faire faire le diagnostic, cela est évident ; mais elles pourraient peut-être contribuer à l'orienter.

La radiographie, dira-t-on, fera aisément la distinction ; mais on n'a pas l'habitude de radiographier systématiquement toutes les tumeurs blanches typiques et banales.

(1) Voir dans la thèse de MARCHAND la photographie de la page 46.

6. Le malade *est mort* non de sa sporotrichose, mais d'une *affection pulmonaire* aiguë.

Il s'agissait d'un processus pneumonique pas très étendu, banal d'aspect, survenu chez un sujet atteint de bronchite, d'une cardiopathie, et déjà âgé.

Il est certain qu'il est mort d'une infection bronchopulmonaire surajoutée, n'ayant aucun rapport avec la sporotrichose. Tout au plus est-il possible que cette dernière ait diminué dans une certaine mesure sa résistance.

Pour ce qui est du *cœur,* il est plus difficile de se prononcer sur la nature des lésions. Je rappelle qu'il y avait une endocardite ancienne des sigmoïdes aortiques, avec une poussée récente de petites granulations sur leur bord libre.

On sait qu'il est presque de règle que, à l'autopsie des sujets ayant des lésions valvulaires anciennes, on trouve quelques minuscules végétations, indiquant une poussée inflammatoire très récente. C'est même ce qui a servi de base à la théorie de l'asystolie inflammatoire de M. le Pr Bard. Mais je crois qu'il faut interpréter les faits tout autrement : il s'agit de poussées endocarditiques dues à l'état infectieux terminal.

Mon malade ayant une double infection, on pourrait se demander laquelle des deux était en cause : pneumococcie ou sporotrichose ? J'ai donc fait l'examen histologique d'un certain nombre de ces petites végétations ; je n'ai pas rencontré de sporotricha, ni de formations suspectes à ce point de vue. D'où il faut conclure que l'endocardite terminale était sous la dépendance de l'infection pulmonaire, très vraisemblablement.

Quant à l'endocardite ancienne, on n'en trouve aucune explication dans les antécédents : ni rhumatisme, ni autre maladie infectieuse. J'insiste sur ce qu'il s'agissait d'endocardite et non d'athérome. L'aorte était tout à fait saine. Comme le malade était atteint d'infection sporotrichosique depuis quatre ans, comme cette infection s'était faite par voie sanguine, on est en droit de se demander s'il ne faudrait pas chercher là l'origine de cette lésion. La structure histologique était celle d'une endocardite chronique fibreuse banale. Mais ne sait-on pas que la tuberculose, la syphilis, produisent parfois des endocardites chroniques n'ayant rien de caractéristique à l'examen histologique ? Pourquoi une infection sporotrichosique prolongée ne pourrait-elle pas en faire autant ?

En somme, j'ignore la nature de cette endocardite torpide. Seulement on est bien en droit de se demander si elle ne pourrait pas avoir un rapport avec la sporotrichose, seule infection dont ait, à ma connaissance, été atteint ce malade.

7. J'en aurai fini quand j'aurai examiné les *conditions étiologiques.*

Il faut chercher la source de l'infection, et la cause de sa localisation au calcanéum, localisation évidemment secondaire à l'infection sanguine.

Le malade exerçant la profession de voiturier et de garçon d'écurie était en contact continuellement avec des matières végétales, qui peuvent parfaitement avoir été la source où il puisa le germe morbide.

Cependant il est très possible, je dirai presque probable, que la contamination eut une autre origine.

On a vu, dans l'observation, que sa fille tomba malade il y a six ans et demi et mourut il y a trois ans et demi. Donc la maladie de cet homme débuta six mois avant la mort de sa fille, et deux ans et demi après le début de la maladie de celle-ci. Pendant tout ce temps il vécut avec sa fille, laquelle n'était pas mariée. Il était donc très intéressant de chercher à savoir de quoi elle était atteinte, et s'il y avait lieu de soupçonner une contagion. Par malheur, des deux médecins qui la soignèrent, l'un est devenu fou et l'autre a disparu. Quant à mon malade il n'avait pas de souvenirs très précis sur la nature de cette maladie.

Par contre, sa femme a pu me donner des indications précieuses. Elle m'a déclaré que la maladie de sa fille était constituée par des abcès multiples qui siégeaient aux jambes. Ces abcès n'étaient ni gros, ni très douloureux, mais très tenaces ; quand on croyait qu'elle allait guérir, de nouveaux abcès apparaissaient, cela dura ainsi trois années. « Elle a eu *au moins vingt abcès*, me dit-elle, et enfin elle en est morte. » Voilà qui ressemble singulièrement à la sporotrichose, et on ne voit pas bien de quelle autre maladie il pourrait s'agir.

On est donc amené à penser qu'il y a eu probablement là une contamination du père par sa fille.

Je rappelle qu'un cas de contamination familiale a été observé par MM. Widal et Joltrain (1).

Quoi qu'il en soit, l'infection s'est évidemment faite par les voies naturelles ; le parasite a pénétré dans le torrent circulatoire, et, à un moment donné, a déterminé la lésion calcanéenne. Pourquoi cette localisation ?

Peut-être y a-t-il eu une cause occasionnelle. La femme du malade m'a dit qu'il y a quatre ans son mari avait reçu un coup de pied de cheval, assez léger d'ailleurs, auquel, dit-elle « il ne fit pas attention ». Il n'y eut aucune plaie, aucune lésion de la peau, et il n'interrompit pas son travail un seul instant. Ce fut si peu de chose que le malade lui-même ne se rappelait plus cette histoire.

(1) Widal et Joltrain, Sporotrichose chez deux membres d'une même famille. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 27 novembre 1908, p. 647.

Un traumatisme aussi léger est une chose bien banale, et on a quelque répugnance à lui attribuer une valeur, même simplement localisatrice. Cependant, et c'est pour cela que j'avais interrogé la femme du malade sur ce point, il faut reconnaître que déjà dans plusieurs observations une contusion semble avoir provoqué la localisation de l'infection en un point du squelette. Tels sont les cas de M. Fage (1) et de MM. de Beurmann, Gougerot et Verne (2).

Mais il faut remarquer qu'une telle localisation, même sans aucune contusion, ne doit pas surprendre. Bien qu'elle n'ait pas encore été observée, je ne serais pas étonné qu'elle fût un jour classée parmi les plus fréquentes. Car on peut noter que chez l'homme comme chez l'animal, la sporotrichose atteint avec prédilection le squelette de l'extrémité distale des membres ; et, ainsi que je le disais plus haut, les os du tarse sont, chez le rat, intéressés avec une très grande fréquence.

(1) *Loc. cit.*
(2) *Loc. cit.*

RECUEIL DE FAITS

SPOROTRICHOSE A LÉSIONS CUTANÉES GOMMEUSES ET VERRUQUEUSES, A LA FOIS SYPHILOIDES ET TUBERCULOIDES D'ASPECT. VOLUMINEUSE GOMME OSSEUSE. LÉSIONS DE LA MUQUEUSE DES FOSSES NASALES.

Par MM. **L.-M. Pautrier, Belot** et **Richou.**

(Travail du Service et du Laboratoire du Dr Brocq.)

Les cas de sporotrichose se sont multipliés dans de telles proportions, au cours de ces dernières années, et les publications consacrées à les relater ont été si nombreuses, que les observations nouvelles ne méritent vraiment plus d'être publiées, à moins qu'elles n'apportent une contribution originale à l'étude de cette mycose.

L'observation que nous apportons aujourd'hui nous a paru mériter la publication en raison de la multiplicité des lésions d'aspect divers, présentées par le malade, et de l'allure insolite de certaines d'entre elles : en particulier des lésions de la muqueuse des lèvres, de celles de l'intérieur du nez, et d'une gomme osseuse du tibia extrêmement volumineuse.

M. P..., 42 ans, entre dans le service de M. Brocq le 2 mai 1911 pour des lésions cutanées dont le début remonte à trois ans et qui l'ont obligé, à ce moment-là, à abandonner le métier de maréchal-ferrant qu'il exerçait depuis 22 ans.

Les premières lésions apparues se présentaient sous la forme de nodosités sous-cutanées, occupant les bras et les cuisses, au nombre d'une quarantaine environ, peu douloureuses, pour lesquelles on porta alors le diagnostic de furoncles et qu'on incisa. L'incision donnait rarement issue à du pus, beaucoup plus souvent à un liquide roussâtre, mal lié. Quelques-unes de ces lésions ont laissé de petites cicatrices blanchâtres, entourées quelquefois d'un liséré pigmentaire.

Vers la même époque, apparut à la face antérieure de la cuisse droite, près du genou, une lésion verruqueuse semblable, dit le malade, à celle qui existe aujourd'hui et que nous décrirons tout à l'heure, sur le dos de la main gauche, et qui guérit spontanément en laissant une cicatrice. Une autre lésion semblable a également évolué à la face antérieure de la cuisse gauche, laissant une cicatrice légèrement pigmentée et déprimée ; cette dernière lésion aurait persisté pendant un an.

Six mois environ après le début des accidents sur le corps, c'est-à-dire il y a deux ans et demi, la face a été envahie à son tour : il se forma, au niveau du nez et des joues, des lésions d'un rouge violacé, empâtées, qui s'ulcérèrent pour donner issue à un peu de liquide purulent et qui paraissent en somme avoir évolué comme de petites gommes.

Depuis cette époque, bien que le malade n'ait fait au point de vue interne aucun traitement que l'ingestion d'un peu de liqueur de Fowler, et que, au point de vue externe, il se soit contenté d'appliquer de la pommade à l'oxyde de zinc, les lésions ont spontanément passé par des alternatives de rémission et d'aggravation ; à un moment donné, déclare le malade, les lésions du nez étaient presque guéries. C'est depuis six mois que s'est produit un nouveau réveil de l'affection.

État actuel. — *Face.* Les lésions de la face occupent aujourd'hui le nez et la joue droite. On trouve, symétriquement, de chaque côté de la racine du nez, une lésion gommeuse, ayant à peu près les dimensions d'une pièce de cinquante centimes, rouge violacé, empâtée, et donnant issue, à la pression, à leur partie centrale, par un petit pertuis, à trois ou quatre gouttes de plus. La lésion de droite est adhérente au plan osseux sous-jacent. Un stylet introduit par le petit pertuis central, pénètre d'environ 4 à 5 millimètres, jusque sur le plan osseux sous-jacent.

La portion médiane de la face dorsale du nez présente une déformation manifeste, comme s'il y avait une destruction du cartilage, déterminant la formation d'une véritable ensellure.

Toute l'extrémité du nez est complètement déformée et déchiquetée. Les deux narines sont partiellement détruites et le rebord narinaire, échancré, irrégulièrement festonné, est considérablement augmenté de volume, très épaissi, de couleur rouge violacé, infiltré et paraît formé par une succession de gros tubercules. Dans cette nappe infiltrée et rougeâtre, on distingue du reste de vrais tubercules un peu plus saillants et de consistance mollasse. La pointe d'un scarificateur les pénètre très facilement.

La sous-cloison, en partie effondrée, est elle-même épaissie, de couleur rouge-violacé et présente, du côté droit, une ulcération partiellement recouverte de croûtes.

L'aspect de cette extrémité du nez ainsi déchiquetée, infiltrée et farcie de tubercules est absolument celui d'une syphilis tertiaire tuberculo-ulcéreuse et mutilante.

Sur la joue droite, on trouve une lésion de couleur rougeâtre, sans limite nette, d'environ trois centimètres sur deux, présentant également une infiltration profonde au toucher, mais ne montrant aucun orifice. Le malade déclare que cette lésion aurait donné issue à du pus, il y a 4 mois et qu'elle est en voie de régression.

Membres supérieurs. — Au niveau de l'avant-bras droit, sur son bord interne, près du pli du coude, on trouve au palper une petite nodosité sous-cutanée, de la dimension d'un gros pois vert, dure et résistante.

Au niveau du bras gauche, à sa face postérieure, située profondément dans l'épaisseur du triceps, on trouve une masse empâtée, ayant environ 5 centimètres de longueur, dure, résistante, mobile avec la masse musculaire. Aucune rougeur, aucune altération de la peau en surface.



Fig. 1.

Sur le dos de la main gauche, au niveau de la racine de l'index, et sur la première phalange du médius, on trouve deux lésions ayant les dimensions d'une pièce de 2 francs, de couleur rouge bistre, surélevées, présentant un aspect légèrement végétant, infiltrées au toucher, donnant une sensation de rugosité, de sclérose, et laissant sourdre, à la pression, trois petites gouttes de pus qui sortent d'abcès minuscules. L'aspect est absolument celui du lupus scléreux, papillomateux, de Vidal.

Membres inférieurs. — Au niveau de la fesse gauche et à sa partie

inférieure, on sent, profondément, dans la masse musculaire, une nodosité empâtée, dure et résistante, toujours sans la moindre rougeur de la peau en surface.

Sur le mollet droit, à la partie inférieure de la face antérieure, on trouve une lésion assez régulièrement arrondie, ayant les dimensions d'une pièce de cinq francs, de couleur rouge violacé clair, formant saillie, à surface légèrement végétante, très infiltrée, dure et sèche au toucher. Par la pression, on fait sourdre, par un pertuis situé à sa partie centrale, une certaine quantité de pus mal lié. Cette quantité est d'autant plus abondante que la pression est exercée en profondeur, à la face postérieure du mollet. Cette lésion cutanée repose du reste sur une exostose tibiale extrêmement considérable à laquelle elle paraît adhérer dans sa partie médiane.

Un stylet introduit dans le pertuis central s'enfonce peu à peu et pénètre de quatre centimètres, jusque dans l'épaisseur même du tibia.

Sur le mollet gauche, un peu au-dessus de la malléole externe, on trouve une lésion à peu près semblable, ayant les mêmes dimensions, le même aspect, un pertuis central donnant également issue à du pus mal lié, légèrement adhérente au plan osseux sous-jacent, mais ne reposant pas sur une lésion osseuse importante.

Lésions des muqueuses. — Sur la lèvre inférieure, près de la commissure gauche, on trouve une lésion ayant environ 2 centimètres de long, présentant une coloration blanchâtre, limitée du côté de son bord interne par une sorte de véritable bourrelet un peu saillant, à surface irrégulière et légèrement végétante, infiltrée et dure au toucher — ressemblant tout à fait à un syphilome.

État général. — Malgré la multiplicité de ces lésions et malgré leur ongue durée (trois ans) l'état général du sujet est excellent et ne présente rien à signaler.

Lorsque le malade se présenta à nous pour la première fois l'aspect des lésions du nez avec la destruction partielle des narines, avec ce rebord narinaire déchiqueté, infiltré, farci de gros tubercules, avec des lésions ulcéreuses de la sous-cloison effondrée, était tel que le diagnostic de syphilis paraissait s'imposer. Cette première impression était confirmée lorsque, faisant ouvrir la bouche, on apercevait la lésion ulcérée et végétante de la lèvre inférieure, qui rappelait absolument un syphilome. Mais, poursuivant l'inspection, on examinait les lésions du dos de la main gauche, celles des deux mollets, sèches, infiltrées, végétantes, verruqueuses, ressemblant absolument à de la tuberculose verruqueuse, au lupus scléreux papillomateux. La coexistence des lésions gommeuses ou tuberculeuses syphiloïdes du nez et la lèvre, avec ces lésions tuberculoïdes des membres, faisait aussitôt penser à la possibilité de la sporotrichose. La constatation, au palper, de gommes profondes, intra-musculaires, au niveau des lèvres, l'interrogatoire du

malade qui révélait l'existence d'une poussée initiale d'une quarantaine de gommes, venait confirmer ce diagnostic. Il ne restait plus qu'à l'assurer par les méthodes de laboratoire. Et de fait les cultures pratiquées avec le pus des lésions du nez, de la main, de la lésion osseuse du tibia droit furent toutes positives tandis que le Wassermann se montrait négatif. L'intra-dermo-réaction à la sporotrichosine fut également positive. Ajoutons que le malade mis aussitôt au traitement ioduré intensif a vu en trois semaines, ses lésions rétrocéder de plus de moitié; certaines d'entre elles, comme les lésions gommeuses du nez, sont même aujourd'hui guéries.

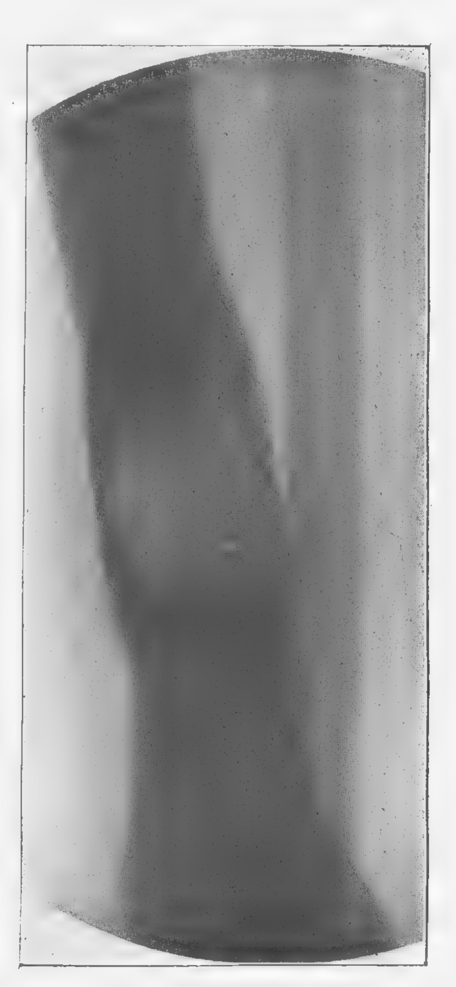


Fig. 2.

Il est deux points particulièrement intéressants sur lesquels nous voulons maintenant revenir : la gomme tibiale et les lésions endo-nasales. L'exploration de la lésion du tibia droit, au cours de laquelle un stylet pénétrait en profondeur de 4 centimètres, indiquait l'existence d'une gomme osseuse importante. M. Belot pratiqua alors la radiographie qui montre les très intéressantes lésions dont on pourra juger sur la figure ci-contre :

Le tibia, au lieu de présenter une forme régulière à bords rectilignes, est flexueux dans sa partie inférieure et élargi dans son tiers inférieur. Les bords sont irréguliers, sinueux ; sur eux se voient des proliférations moins opaques, qui correspondent à des lésions de périostite. Le corps de l'os luimême est atteint : la zone claire de la figure est l'image fidèle d'une perte de substance osseuse, de raréfaction osseuse, sans gros séquestre apparent. Cette lésion intéresse, au niveau où elle se trouve, tout le corps de l'os; il persiste cependant quelques trabécules osseux plus ou moins confluents. Ils donnent sur l'épreuve cette grossière structure osseuse, à grandes mailles irrégulières, visible dans toute la zone claire. Assez arrondie dans son ensemble, cette lésion osseuse envoie deux prolongements vers le haut

et un vers le bas. Il s'agit d'une gomme osseuse très étendue et très infiltrante, avec réaction périostique. L'aspect rappelle d'assez près celui d'une gomme spécifique. La culture seule, obtenue avec le pus prélevé dans la profondeur, dans l'os même, a permis de faire un diagnostic différentiel.

D'autre part M. Richou, chargé de la consultation oto-rhino-laryngologique du service, a bien voulu examiner le malade et nous remettre la note ci-contre.

Nous avons examiné M. P. le 3 mai 1911 pour la première fois.

La bouche, le pharynx et le larynx sont indemnes, la rhinoscopie postérieure montre un caveau intact, mais à l'examen des fosses nasales par la rhinoscopie antérieure on constate une lésion très intéressante de la cloison nasale.

M. le Dr Pautrier ayant déjà décrit dans son observation détaillée l'aspect des lésions extérieures, et les gommes de la racine nasale, nous n'y reviendrons pas, mais nous ferons remarquer dès maintenant que si notre malade présente une déformation extérieure (affaissement de l'arête nasale, épatement des ailes); elle est relativement minime pour les délabrements de la charpente de l'organe.

Si l'on prend entre le pouce et l'index l'extrémité du nez on peut le mobiliser en tous sens, le relever, le déprimer comme un morceau de caoutchouc. — *Le cartilage quadrangulaire est complètement détruit.*

Au contraire au niveau du massif osseux, malgré l'évolution de deux gommes qui ont dû amener un certain degré de disjonction des os propres du nez et de la lame de l'ethmoïde, on trouve une solidité relative.

Examen des fosses nasales. — On se trouve en présence d'une lésion gommeuse de la cloison qui a détruit tout le cartilage quadrangulaire. Le foyer initial de la lésion est situé à 2 centimètres environ de l'orifice antérieur des fosses nasales, occupant les deux tiers postérieurs du cartilage. Les revêtements muqueux ont été décollés de proche en proche et le cartilage s'est éliminé en totalité, les muqueuses se sont adossées l'une à l'autre formant en avant une cloison molle déshabitée, tandis qu'en arrière la cicatrisation s'est faite irrégulièrement par bandes laissant entre elles de multiples orifices dont nous allons donner une description détaillée.

Narine droite. — Sur les deux tiers postérieurs de la cloison cartilagineuse on constate une *large perforation,* grande comme une petite fève, irrégulièrement ovalaire à grand axe oblique en bas et en avant.

Son bord antérieur assez *net* et *lisse* est constitué au dépens de la muqueuse droite et l'on aperçoit en arrière de ce bord, tendu comme un *rideau* à travers la lumière de l'orifice, une bride faisant partie du revêtement gauche.

Le *bord postérieur, irrégulier, bourgeonnant* et *décollé* est constitué par une languette muqueuse droite, qui se laisse écarter par le stylet (et en explorant toute la hauteur de ce bord on sent un plan résistant qui n'est autre que la lame de l'ethmoïde, qui semble à peu près recouvert dans toute son étendue).

La languette bourgeonnante dont nous venons de parler se prolonge en bas le long du

Bord inférieur (Vomer) lequel est recouvert de petits bourgeons granuleux qui s'étendent en tapis sur le plancher de la fosse nasale jusque sous le cornet inférieur.

Bord supérieur lisse et rectiligne est formé par une bride muqueuse peu épaisse et peu tendue que le stylet peut contourner.

Cette bride limite d'autre part *une deuxième perforation* plus petite à grand axe parallèle à celui de la grande et qui semble faite à l'emporte-pièce (comme avec une pince de Laurens).

Sur le petit amas de bourgeons du plancher, à la partie antérieure, on remarque deux petites brides cicatricielles aplaties circonscrivant des culs-de-sac.

Rien sur les cornets inférieur et moyen.

Narine gauche. — A la grande perforation du côté droit correspond une ouverture moitié moindre, le feuillet muqueux étant conservé sur une plus grande étendue.

Son *bord antérieur* est constitué par le lambeau signalé plus haut.

Son *bord supérieur* est le siège d'une *infiltration* assez marquée empiétant en arrière sur la portion osseuse, faisant saillie dans la fente respiratoire qu'elle obstrue partiellement, venant au contact de la partie moyenne du cornet inférieur et laissant en haut et en bas un espace libre.

Les bords supérieur et inférieur ne présentent rien d'intéressant.

L'infiltration ne descend pas en bas jusqu'au plancher, mais il existe comme à droite une petite masse bourgeonnante.

En avant de l'orifice principal, le septum offre un aspect tout particulier dû à la présence de trois pertuis, dont deux sont borgnes et *le troisième communique avec la narine droite.*

L'orifice supérieur est creusé en entonnoir dans les tissus malades, les deux autres sont limités par des brides tendues à la manière de cordages entre la cloison et le plancher.

Lorsque l'on introduit un stylet fin par l'orifice fistuleux de la gomme située sur l'*os propre* droit, l'instrument pénètre obliquement *en bas, en avant* et *à gauche,* traverse la grande perforation du septum et arrive jusqu'au plancher de la fosse nasale gauche.

Cette exploration, pratiquée le 10 mai, était assez difficile, et le stylet donnait la sensation de masses molles sans contact osseux.

Cornet inférieur indemne. — Cornet moyen invisible derrière la zone infiltrée.

Toute la muqueuse présente une coloration franchement rouge, les bourgeons sont peu friables mais saignent facilement au contact du stylet.

Pas de croûtes ni de muco-pus.

Conclusions. — On se trouve en présence d'une lésion gommeuse en voie de cicatrisation, à caractères très spéciaux qui doivent faire éliminer *le lupus.*

a) Bien que la lésion ait évolué presque uniquement sur le cartilage le foyer initial est très postérieur et ne siège pas au lieu d'élection dans le tiers antérieur du cartilage.

b) La multiplicité des pertuis existe bien dans le lupus, mais pas à ce degré.

c) Les cicatrices muqueuses du lupus sont nettes, lisses, et ne présentent pas de brides comme chez ce malade.

d) La consistance des bourgeons, l'absence de pus et de croûtes ne sont pas dans le plan du lupus.

En ce qui concerne le diagnostic différentiel d'avec la syphilis, l'infiltration de la cloison siège bien à la limite de la région ossuse, mais est située plus bas qu'on ne la trouve dans la syphilis, où la lame de l'ethmoïde est en général prise en masse, et où elle s'accompagne de gonflement et de déformations extérieures plus accentuées.

Une lésion syphilitique évoluant depuis deux ans aurait vraisemblablement détruit toute la cloison osseuse.

Traitement. — D'accord avec M. Pautrier, pour renforcer l'action du traitement général par le KI, nous avons conseillé d'appliquer localement de la glycérine iodée qui contient également de KI en badigeonnages.

Pour nous résumer, plusieurs points importants nous paraissent devoir être mis en évidence, dans cette observation :

1° La coexistence de lésions syphiloïdes, gommeuses ou tuberculo-ulcéreuses, et de lésions tuberculoïdes, indiagnosticables cliniquement, et nous ajouterons même histologiquement, bien que nous n'ayons rien dit de l'histologie pour ne pas allonger hors de mesure un simple recueil de fait.

2° L'existence de lésions ulcéreuses et végétantes de la muqueuse de la lèvre, simulant complètement un syphilome, au point de vue clinique.

3° Les lésions endo-nasales, ayant complètement détruit le cartilage de la cloison et perforé la muqueuse de cette dernière de telle façon que, dans ces perforations multiples, il y a peut-être les éléments d'un diagnostic clinique différentiel avec les lésions nasales que peuvent réaliser la syphilis ou la tuberculose.

4° L'existence d'une très volumineuse gomme osseuse du tibia, avec réaction périostée, gomme dont l'importance est telle que seule, jusqu'ici, la syphilis paraissait pouvoir en réaliser de semblable.

5° Enfin le début de l'évolution de la sporotrichose chez notre malade nous montre un fait anormal : les gommes initiales, méconnues et prises pour des furoncles, ont été incisées ; nous savons qu'en pareil cas la sporotrichose, inoculée au tégument externe, a presque toujours tendance à faire des ulcérations et des lésions cutanées. Or, chez notre sujet, il n'en a rien été, et les lésions ont guéri sans iodure, et on ne retrouve que de très rares cicatrices peu importantes.

A PROPOS D'UN CAS DE NÆVO-CARCINOME

Par **H. Bertier** et **R.-J. Weissenbach,** internes des Hôpitaux de Paris.

(Travail du service du Dr Beurnier et du laboratoire du Dr Thibierge, a l'hopital Saint-Louis.)

On semble revenir en partie, à l'heure actuelle, de l'opinion des classiques touchant le traitement opératoire des nævo-carcinomes ou sarcomes mélaniques de la peau, opinion que résume ainsi Perrin dans la *Pratique Dermatologique* (1) :

« On peut établir comme une règle qui, jusqu'ici, ne présente pas d'exception que l'intervention opératoire a sur ce néoplasme la plus triste influence. Ce ne sont pas seulement des opérations incomplètes, maladroites, mais des ablations totales, radicales, qui ont des effets désastreux. Rien n'est plus saisissant que l'unanimité des observateurs à cet égard ; Busch, qui en a été particulièrement frappé, a donné à son mémoire le titre significatif : « Du danger d'extirper les tumeurs « mélaniques de la peau ».

« La conséquence la plus redoutable de l'intervention est la généralisation très rapide après l'acte opératoire ; aussi faut-il considérer ces tumeurs comme de vrais *noli me tangere* ».

L'abstention pourrait paraître légitime dans les cas où l'évolution est lente, mais ces cas sont exceptionnels et l'on connaît l'habituelle malignité de cette variété de néoplasme, qui d'ordinaire s'accompagne promptement d'envahissement lymphatique et ganglionnaire et de généralisation viscérale, notamment au foie et aux poumons.

Si l'on peut surprendre la tumeur tout au début de son évolution, la radiothérapie, le traitement par l'acide arsénieux, l'électrolyse (2), parfois mieux que l'intervention chirurgicale peuvent amener la guérison (3).

Plus tard, lorsque la tumeur primitive s'est étendue, ou lorsque de nouvelles tumeurs sont apparues autour de la première sans que les ganglions paraissent atteints, les traitements précédents sont insuffisants ; l'ablation chirurgicale large semble alors le traitement de choix, mais elle ne met pas toujours à l'abri des récidives ; on a proposé de lui associer soit au cours de l'intervention, avant la suture, la fulguration par l'étincelle de haute fréquence, l'irradiation, soit après l'intervention la radiothérapie, la radiumthérapie, l'électrolyse.

Plus tard encore, quand la tumeur est volumineuse, quand on con-

(1) *La Pratique Dermatologique.* Article « Sarcomes », page 236.
(2) Brocq, *Société française de Dermatologie,* 7 novembre 1901.
(3) Darier, *Précis de Dermatologie,* 1909, page 646.

tate la présence d'une adénopathie considérable, la pratique la plus sage semble bien alors de ne pas intervenir, et de recourir uniquement à une thérapeutique symptomatique, pour éviter de donner aux lésions le coup de fouet redouté.

C'est à un cas de ce genre que se rapporte l'observation suivante :

Observation. — Antoinette C..., âgée de 52 ans, sans profession, vient consulter le 13 octobre 1911 pour une volumineuse tumeur de la joue droite, accompagnée d'adénopathie sous-maxillaire considérable, et dont l'aspect impose à première vue le diagnostic de sarcome mélanique, de nævo-carcinome mélanique. La tumeur s'est développée dans des conditions que précise fort bien la malade : de tout temps, elle présenta au siège de la lésion actuelle une petite tache de coloration café au lait, plus pâle en hiver, plus foncée en été, étendue de quelques millimètres, allongée en forme de haricot, sans aucune saillie des téguments, et absolument indolente ; la malade n'y prêtait guère d'attention, mais il lui semble que depuis une dizaine d'années la tache s'était entourée d'une zone pigmentée de teinte un peu moins foncée.

Dans les premiers jours de 1910, sans cause appréciable, excoriation ou autre, se développe insidieusement au centre de la tache une petite saillie d'aspect verruqueux, pigmentée, indolente, qui acquiert le 19 juin 1910 le volume d'un petit pois. Un médecin, consulté le 27 juillet, pratique, nous dit la malade, l'ablation de la tumeur en extirpant la base d'implantation de la portion verruqueuse, mais sans dépasser la tache noire sur laquelle elle s'implante. La cicatrisation se fait normalement en quelques jours.

Le 17 août, soit trois semaines environ après l'intervention, la malade vient une première fois consulter à l'hôpital Saint-Louis : elle présente alors sur la cicatrice même de l'opération précédente une petite tumeur de coloration noire du volume d'une noisette avec adénopathie sous-maxillaire satellite ; notre maître le Dr Beurnier pose le diagnostic de sarcome mélanique, conseille un traitement palliatif, jugeant inutile et même dangereuse l'intervention chirurgicale.

Le 20 septembre la malade entre dans le service. La tumeur a considérablement augmenté de volume, elle est grosse comme une noix, de coloration noir violacé, gêne par son volume et sa situation, sans toutefois être douloureuse ; elle n'est pas ulcérée ; les ganglions sous-maxillaires droits sont tuméfiés, légèrement douloureux, de consistance ferme, mobiles sur les plans profonds et la peau, ils forment une masse du volume d'un œuf environ.

La malade réclame l'ablation de la tumeur, mais étant donné le développement rapide de celle-ci, l'adénopathie, on préfère ne pas intervenir et l'on se contente de l'application d'un pansement aseptique. Dans les jours qui suivent la tumeur continue à s'accroître : le 12 octobre elle constitue une masse régulière du volume d'un œuf, implantée sur la joue à deux centimètres en dehors et au-dessus de la commissure labiale droite, et rattachée aux téguments par une base nettement pédiculée ; la surface est lisse, régulière, non lobulée, il n'existe pas d'ulcérations mais à la partie inférieure de la tumeur l'épiderme, légèrement érodé, laisse suinter en

permanence un suc de coloration grisâtre ; toute la surface de la tumeur présente une couleur noirviolacé caractéristique. Pas de tumeur accessoire autour de la lésion initiale, mais autour du pédicule, sur un centimètre et demi environ, les téguments présentent une légère rougeur inflammatoire.

Les ganglions sous-maxillaires du côté droit forment une masse volumineuse, fixée aux plans profonds, sans adhérence à la peau, légèrement douloureuse au palper.

La tumeur est indolente, mais son volume, son siège, le suintement permanent du liquide qu'elle sécrète, causent à la malade une gêne considérable et celle-ci demande à nouveau l'ablation quoi qu'avertie de la quasi-certitude d'une récidive rapide. Par ailleurs, l'examen des téguments, des viscères et des différents appareils reste négatif et rien ne permet de penser que des métastases viscérales se soient déjà produites, quoique l'état général soit peu satisfaisant.

Le 13 octobre, la tumeur est extirpée par incision elliptique partant de la commissure labiale et circonscrivant le pédicule à 2 centimètres en dehors de la base d'implantation. Suture aux crins. On ne touche pas aux ganglions. La réunion se fait par première intention et la malade quitte l'hôpital le 12e jour, complètement cicatrisée, mais conservant à peu près intacte la volumineuse adénopathie sous-maxillaire.

Examen de la tumeur. — Les caractères macroscopiques et microscopiques de la tumeur sont ceux du nævo-carcinome. Abstraction faite du pédicule d'implantation, elle mesure cinq centimètres de long sur quatre centimètres et demi de large ; son volume est de quarante centimètres cubes.

A la coupe elle se présente constituée par une série de masses ovalaires noir foncé, séparées par des bandes de tissu conjonctif : la surface de section laisse suinter un suc caractéristique.

L'examen histologique montre l'épiderme extrêmement aminci et étalé recouvrant la surface de la tumeur ; au sommet de celle-ci l'épiderme manque par place, remplacé par un infiltrat de leucocytes et de globules rouges. Le tissu néoplasique forme des amas compacts de dimensions très variables, circonscrits par des travées conjonctives minces : les éléments sont de volumineuses cellules allongées fusiformes à gros noyau ovoïde ; ils sont infiltrés de nombreux grains de pigment ; dans certaines cellules le pigment est si abondant qu'il y rend invisible tout détail de structure ; ces derniers éléments, particulièrement riches en pigment, occupent non seulement les amas néoplasiques, mais se retrouvent nombreux dans les tractus conjonctifs qui les circonscrivent. La tumeur est pauvre en vaisseaux, mais les capillaires que l'on rencontre sur les coupes présentent tous une paroi propre endothéliale des plus nettes. Enfin le tissu conjonctif qui limite les amas, et le tissu celllulaire, qui entoure la tumeur, sont parcourus de nombreux infiltrats de lymphocytes et de plasmazellen.

Nous revoyons la malade dans le courant du mois de décembre, deux mois environ après l'intervention : la tumeur n'a pas récidivé ; la cicatrisation est parfaite, en aucun point on ne note ni épaississement, ni infiltration. Mais, fait intéressant, la volumineuse adénopathie sous-maxillaire a

complètement disparu : la malade nous raconte que la régression s'est faite assez rapidement (trois semaines environ) depuis le jour où elle a quitté le service sans d'ailleurs avoir recours à aucune thérapeutique ; la palpation attentive de la région permet seulement de sentir rouler sous le doigt un tout petit ganglion, du volume d'un noyau de cerise, de consistance ferme, absolument indolent. L'état général est excellent, la malade a engraissé et a repris sa vie habituelle.

Nous avons depuis cette époque revu la malade à plusieurs reprises; le 15 février 1912 pour la dernière fois, seize mois après l'intervention, elle ne présentait alors aucune récidive locale ou ganglionnaire.

De cette observation, qui nous paraît intéressante à plus d'un titre, nous ne voulons retenir que l'étude de l'adénopathie et les résultats de l'intervention.

Quand nous voyons la malade pour la première fois le 17 août la tumeur, un nævo-carcinome typique, comme le démontrera ultérieurement l'examen histologique, n'est pas très volumineuse, elle n'est pas ulcérée, elle ne s'accompagne d'aucune autre lésion des téguments ou des muqueuses, et pourtant l'adénopathie sous-maxillaire est déjà considérable : en l'absence de toute ulcération, même minime, de toute infection secondaire, il semblait à priori difficile de ne pas mettre l'hypertrophie ganglionnaire sur le compte d'une propagation cancéreuse et c'est en grande partie en s'appuyant sur l'existence de cette adénopathie, plus peut-être que sur la précocité de la récidive, la rapidité du développement de la tumeur et les notions classiques sur les mauvais effets fréquents du traitement chirurgical, que celui-ci avait été déconseillé.

Quand nous voyons la malade pour la deuxième fois, le 20 septembre, tumeurs et ganglions ont continué à s'accroître, mais c'est seulement dans les jours suivants que la tumeur, devenue plus volumineuse encore, présente cette érosion de l'épiderme qui laisse alors suinter en permanence le suc cancéreux. L'infection secondaire, si tant est qu'elle ait joué un rôle dans le développement de l'adénopathie, ne l'a fait que tardivement et pour une part minime.

Le 13 octobre, sur les instances de la malade, nous procédons à l'ablation de la tumeur, ablation large, il est vrai, mais insuffisante à nos yeux, car nous croyant en présence d'envahissement cancéreux ganglionnaire, craignant des délabrements trop étendus, nous préférons nous abstenir de toute intervention sur les ganglions ; nous aurions pu, il est vrai, conseiller à notre malade quelques séances de radiothérapie, nous ne l'avons pas fait et il nous faut nous en féliciter, puisque nous aurions été tentés de leur attribuer la régression rapide de l'adénopathie, régression qui s'est ici produite spontanément.

L'hypertrophie des ganglions, drainant le territoire lymphatique d'un néoplasme, néoplasme épithélial en particulier, a d'ailleurs été depuis

longtemps signalée en dehors de toute dégénérescence néoplasique et de toute infection surajoutée. Ces « engorgements inflammatoires précancéreux des ganglions » ont surtout été étudiés aux points de vue anatomique et histologique par Afanassiew, Petrick, Regaud et Barjon, Sgambati, Soupault et Labbé, dont on trouvera les travaux résumés dans la thèse de Fage (1) qui a repris la question à propos du cancer du sein.

Dans un certain nombre de cas, assez nombreux si l'on en juge par les observations de ces auteurs, les ganglions drainant le territoire où se développe un néoplasme, présentent, avant leur envahissement, d'intéressantes modifications constituées, au point de vue macroscopique, par l'hypertrophie, d'ailleurs des plus variables, et au point de vue histologique, par la dilatation des vaisseaux, l'hypertrophie et la prolifération des éléments lymphatiques, la réapparition des centres germinatifs des follicules, tous signes qui traduisent une hypertrophie fonctionnelle du ganglion, un véritable réveil de son activité peut-être sous l'influence des poisons cancéreux dont l'existence a été démontrée par les expériences du Pr. Roger et de Mme Girard-Mangin(2).

Nous n'avons pu, il est vrai, dans notre cas, faire l'examen histologique des ganglions hypertrophiés ; nous avons dit plus haut ce que nous pensions du rôle de l'infection secondaire qui, certainement absente pendant la plus longue partie de l'évolution de l'adénopathie, n'a pu intervenir que tardivement et pour une part minime dans son développement ; or la régression spontanée et rapide de l'adénopathie après l'ablation de la tumeur, l'absence de récidives seize mois après l'intervention, permettent d'éliminer l'hypothèse de métastase cancéreuse : il nous semble donc logique de conclure que l'hypertrophie ganglionnaire dépendait vraisemblablement, dans ce cas, d'un processus analogue à celui que les auteurs précédents ont décrit dans d'autres variétés de néoplasmes.

Pour intéressants que soient ces faits, il ne faudrait pas leur attribuer trop d'importance, le diagnostic clinique restant pratiquement impossible entre la simple hyperplasie inflammatoire et le début de la dégénérescence cancéreuse ; leur connaissance peut dans certains cas modifier notre ligne de conduite et légitimer une intervention en apparence incomplète. Il est certain que, dans un cas analogue à celui dont nous rapportons l'observation, la seule chance de guérison, malgré la présence d'une adénopathie considérable, restant dans l'intervention chirurgicale, celle-ci ne devra pas être refusée au malade. L'ablation, en un seul temps, de la tumeur, des ganglions et des lym-

(1) A. Fage, Recherches sur le tissu lymphoïde dans les épithéliomas non ulcérés du sein et dans les ganglions axillaires correspondants. *Thèse*, Paris, 1909.
(2) Mme Girard-Mangin, Les poisons cancéreux. *Thèse*, Paris, 1909.

phatiques qui les réunissent peut paraître l'opération de choix : on y aura recours de préférence. Mais si, pour des raisons tirées de l'état général du malade ou de son âge, du siège de l'adénopathie et des adhérences qu'elle contracte, des délabrements que produirait son ablation, celle-ci ne semble pas possible, plutôt que de s'abstenir de toute intervention, on pourra logiquement tenter l'exérèse, la plus précoce et la plus large possible, de la tumeur primitive, en se réservant de recourir contre l'adénopathie, et par surcroît de précaution, à un traitement complémentaire, la radiothérapie par exemple ; on se rappellera toutefois que son action, souvent inefficace, n'est pas toujours indispensable et que la régression des masses ganglionnaires peut se produire spontanément pourvu que l'adénopathie ressortisse soit à l'infection secondaire, soit au processus « d'engorgement inflammatoire précancéreux », sans métastase cancéreuse, occurrence rare il est vrai, mais dont l'observation ci-dessus nous paraît être un exemple typique.

REVUE DE DERMATOLOGIE

Alopécie.

Observations cliniques et expérimentales sur l'alopécie congénitale (hypotrichose) (Klinische und experimentelle Beobachtung ueber Alopecia (Hypotrichosis) congenita), par A. Buschke. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 108, p. 27.

La base de cette étude est l'observation d'un malade atteint d'alopécie congénitale avec lésions unguéales ; une sœur du sujet présente la même anomalie. Dans les régions ordinairement velues, quelques poils isolés sont visibles sous forme de points noirs qui n'ont apparu que vers la septième année (follicules sans poils). On obtient par l'épilation des fragments longs de 1 à 4 millimètres pigmentés ; leur épaisseur varie de 40 à 70 μ. L'examen histologique de fragments prélevés sur les régions pubiennes et axillaires montre une peau de structure normale ; seul le nombre des follicules est diminué. Les uns présentent des poils à peu près normaux, d'autres des débris pilaires ; ailleurs le poil est enroulé, comme si l'issue folliculaire avait été barrée. On ne peut, en l'absence de lésions, considérer comme d'origine purement folliculaire cette alopécie pour laquelle B. préfère le terme d'hypotrichose (Bonnet). D'ailleurs les lésions unguéales du sujet, les lésions dentaires ou sudoripares observées par quelques auteurs, montrent que la maladie n'est pas limitée à la production pilaire, mais peut atteindre toutes les formations cutanées d'origine épidermique.

A propos de ce cas B. donne quelques-uns des résultats qu'il a obtenus en étudiant l'action de l'acétate de thallium sur les rats et particulièrement au point de vue de l'apparition d'alopécies congénitales. Un couple de rats ayant pendant un an absorbé à certains intervalles trois à quatre centimètres cubes d'une solution au dix-millième, a présenté au bout de quelques semaines une alopécie débutant dans la région dorsale et a donné le jour à un certain nombre de rats qui au terme de la durée normale de l'apparition des poils chez ces animaux, étaient absolument alopéciques à l'exception des extrémités et du museau. L'examen histologique de leur peau ne montre rien d'anormal ; il s'agissait donc d'un trouble fonctionnel. D'ailleurs, au bout de quelques semaines, la régénération pilaire se produit, débutant par le ventre et s'achevant par le dos, point d'élection constant de l'alopécie par le thallium. En cessant l'administration du thallium, les portées suivantes ont été normales.

On peut, en partant de ces expériences, émettre l'hypothèse qu'une intoxication survenant au cours de la grossesse est la cause des alopécies congénitales chez l'homme. L'analogie entre cette malformation et l'alopécie due au thallium est d'autant plus marquée que l'on connaît l'action de ce corps sur la sécrétion sudorale et que l'aplasie congénitale des sudoripares a été constatée par Tändlau dans un cas d'alopécie congénitale. Pellier.

Alopécie totale et koilonychie des ongles des doigts après une fièvre typhoïde (Späte posttyphose maligne totale Alopecie und Koilonychie der Fingernägel), par J. Heller. *Dermatologische Zeitschrift*, 1911, t. 18, p. 969.

Un homme de 25 ans a eu la fièvre typhoïde à la fin de 1907 et guérit en février 1908. Dans le courant de cette même année, il commença à perdre les cheveux, puis la barbe. En 1910, les ongles des pouces commencèrent à se déformer. En août 1911, début de la koilonychie associée à des accidents d'hyperkératose sous-unguéale. Ch. Audry.

Artificielle (dermatite).

La dermatite provoquée par le bois de satin de l'Est indien (« Chloroxylon swietenia ») (The Dermatitis produced by east indian satinwood (« Chloroxylon swetenia »), par Th. Cash. *British medical Journal*, 7 octobre 1911, p. 784.

Il existe deux espèces de bois de satin, le chloroxylon swietenia et le Fagara flava; on les utilise pour l'ornementation après polissage, surtout dans les cabines des navires.

Leur bois, qui contient un alcaloïde cristallisable, la chloroxylonine, et deux résines, provoque des réactions cutanées violentes, en particulier sur les mains, les poignets, la face, avec un aspect érysipélateux.

C. fait une étude très complète de cette toxidermie, au point de vue clinique et expérimental.

Travail intéressant. G. Petges.

Atrophie érythémateuse.

Atrophie érythémateuse réticulaire (Atrophodermia erythematodes reticularis (Poikilodermia atrophicans vascularis Jakobi), par R. Muller. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1911, t. 109, p. 501.

Une blanchisseuse de 25 ans, mal développée, mal et tardivement réglée, présente sur la face, le cou, le cuir chevelu, les épaules, la poitrine, les bras et les cuisses des efflorescences maculeuses à dispositions réticulées. Ces efflorescences plus ou moins pigmentées laissent entre elles des territoires de peau saine. Les paupières sont œdémateuses, rouges, semées de fines télangiectasies. Ailleurs (bras, épaules, etc.) on voit des taches d'apparence érythémateuse semées d'ectasies sanguines, au niveau desquelles la peau est atrophiée.

Lésions semblables sur la muqueuse des joues ; au microscope, augmentation de la couche granuleuse, avec hyperkératose, œdème du derme superficiel ; légère infiltration lymphocytaire, dégénérescence du tissu élastique, etc.

C'est là un cas très comparable à celui que Jakobi a décrit et figuré sous le nom de poilkilodermia atrophicans vascularis, et à ceux que Zinsser a ensuite publiés.

Le cas de Jakobi est remarquable par une atrophie plus marquée.

Il ne faut pas confondre ces cas avec des lupus érythémateux.

On doit remarquer que les 4 cas connus concernent des sujets dont les

mains sont exposées au froid et aux intempéries, et que souvent ils offrent un état de stase des extrémités semblable à celui des sujets à engelures.

M. distingue deux formes d'atrophodermie érythémateuse, l'une appartenant au lupus érythémateux, l'autre au type morbide qu'il vient d'étudier: atrophodermie érythémateuse réticulaire dont il peut exister des variétés superficielles ou profondes. Ch. Audry.

Bulleuse (éruption).

Dermatite pemphigoïde chronique prurigineuse à exacerbation périodique en rapport avec l'aménorrhée (Di un caso di dermatite pemphigoïde cronica pruriginosa a riacutizzazioni periodiche, in rapporto con l'amenorrea), par Giuseppe Verrotti. Communication à la XIIe réunion de la *Société italienne de Dermatologie et de Syphiligraphie,* tenue à Rome du 18 au 21 décembre 1910.

Cas observé chez une femme de 26 ans. Début 5 mois après un accouchement, en coïncidence avec la suppression du lait.

A la période d'état, l'éruption se caractérise par des vésicules et des bulles, qui s'accompagnent secondairement d'érosions, de croûtes, de placards érythémateux, de dystrophie pigmentaire, de lichénification.

La maladie présente des périodes d'exacerbation, pendant lesquelles il y a de la fièvre, jusqu'à 39°,5. Pendant toute la durée de la maladie, les règles ont été supprimées.

Le rapport qui existe entre cette suppression des règles et l'apparition des vésicules est démontré par ce fait que la maladie a présenté comme un arrêt en octobre 1910, époque où la menstruation était réapparue. Depuis, les règles se sont de nouveau supprimées et l'éruption a reparu.

Pendant les périodes d'exacerbation, l'éosinophilie a été constante.

H. Minot.

L'effluve statique dans les dermatoses bulleuses (El efluvio estático en las dermatosis ampollosas), par Peyré. *Actas Dermo-Sifiliográficas,* IIIe année, n° 3, p. 341, février 1911.

Ce travail comprend deux parties : l'une consacrée à l'étude expérimentale des effets de l'effluve statique sur les brûlures et l'autre à l'effluve statique dans les dermatoses bulleuses. P. conclut que l'effluve statique possède une action antiphlogistique et analgésique utilisable dans le traitement des dermatoses bulleuses. L'étude histologique des brûlures soumises à l'effluve démontre cette action, son pouvoir modérateur de l'action toxique des éléments nécrosés et, comme conséquence, la conservation d'un plus grand nombre d'éléments pour la réparation épithéliale.

Toutes les formes de dermatoses bulleuses bénéficient de l'effluve statique et en toutes circonstances. Cette action se manifeste soit en retardant ou empêchant une nouvelle poussée, soit en accélérant l'évolution des éléments bulleux, soit en améliorant les phénomènes subjectifs. J. Méneau.

Sur les dermatoses bulleuses atypiques (Zur Kenntnis der atypischen bullosen Hautaffektionen), par S. Bogrow. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 110, p. 75.

Une fille de 19 ans est malade depuis 14 mois; le premier symptôme a

été le prurit : 3 jours après, éruption bulleuse sur le coude droit, puis sur les extrémités, les paupières, etc. Depuis lors, poussées bulleuses successives, macules atrophiques superficielles, érosions et croûtes de la muqueuse nasale ; taches atrophiques de la muqueuse buccale ; déformation palpébrale, cicatrices cornéennes, etc.

Toute tentative thérapeutique resta inutile et la maladie continue à évoluer. Bien qu'il n'y ait pas d'hérédité, la maladie semble ici se rapprocher de l'épidermolyse héréditaire plutôt que la dermatite de Duhring.

Ch. Audry.

Éruption bulleuse associée avec un abcès appendiculaire chez un enfant de trois ans (Bullous eruption associated with appendix abscess in a child of three), par I.-H. Sequiera. *The British journal of dermatology*, septembre 1911, p. 295.

Une éruption bulleuse débute chez un enfant bien portant au niveau des extrémités, elle dure une semaine, disparaît, puis revient peu à peu ; elle s'accompagne de prurit.

L'aspect est celui de la dermatite herpétiforme au début.

Dans le cours de l'éruption, brusquement surviennent des douleurs abdominales et les signes d'une appendicite : intervention, pus gangreneux, guérison des lésions cutanées en une semaine sans traitement local.

Il est regrettable que l'examen microbiologique et les cultures des bulles et du sang n'ait pas été pratiqué.

G. Petges.

Épithélioma.

Sur l'épithélioma calcifié de la peau (Zur Kenntniss der Verkalkten Epitheliome der Haut), par K. Murakami. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1911, t. 109, p. 51.

M. commence par donner un historique de la question. Lui-même a pu étudier quatre cas.

La première pièce a été enlevée de la région lombaire d'un garçon de 16 ans ; cette tumeur qui datait de plusieurs années s'était accrue rapidement pendant les derniers temps. Elle était sous-cutanée et encapsulée et présentait une structure adénoïde, parcourue par des cloisons conjonctivales semées de cellules géantes dont quelques-unes contenaient des aiguilles cristallines. Parmi les cellules épithéliales que formait le parenchyme, quelques-unes présentaient de la substance cornée, et dans celles-là de nombreuses aiguilles cristallines réparties en groupes disséminés. Dans ce cas, M. attribue à la tumeur une origine sébacée.

Une seconde tumeur, grosse comme une tête de fœtus, occupait le dos d'un homme de 60 ans. C'était une grosse tumeur encapsulée, adhérente à la peau, avec des points kystiques. La tumeur était enveloppée et cloisonnée de tissu conjonctif dans les bandes duquel on voyait des vaisseaux en prolifération et des cellules géantes ; il existait de la calcification de la paroi de certains de ces vaisseaux. L'ensemble de la tumeur était formé de cellules épithéliales semées de kystes.

La troisième pièce provenait d'une femme de 60 ans ; elle était grosse comme une noix, sous-cutanée, et tout à fait semblable à la précédente.

Quant à la quatrième, M. lui assigna, comme à la première, une origine sébacée.

Ce ne sont pas là des cancroïdes (bien que les cellules y offrent souvent des traces d'évolution cornée), mais des tumeurs bien encapsulées et bénignes, d'origine variée ; on peut bien les désigner par le terme : épithélioma calcifié.

Quant aux cellules géantes si abondantes, ce sont des cellules à corps étrangers dans l'origine desquelles l'endothélium joue vraisemblablement un rôle.

Ch. AUDRY.

Épithéliome du dos de la main gauche évoluant depuis deux ans (Epithelioma of the back of the left hand of two years' duration), par COLCOTT-FOX. *Royal Society of medicine of London,* 20 juillet 1911. *The British journal of dermatology,* août 1911, p. 246.

Le diagnostic d'ulcus rodens fut d'abord porté, chez un malade âgé de 77 ans, atteint d'une ulcération grande comme une pièce de cinq francs environ, sur le dos de la main, en raison de son aspect et de sa lente évolution non suivie de généralisation. L'examen histologique d'une biopsie montra qu'il s'agissait d'un épithélioma d'une autre forme que l'ulcus.

L'amputation du membre ayant été refusée par le malade, la lésion fut soumise à la radiothérapie, et très améliorée par ce traitement.

G. PETGES.

Épithéliome développé sur un lupus vulgaire chez une fillette de 13 ans (Epithelioma on lupus vulgaris in a girl of thirteen), par G.-H. ADAMSON. *Royal Society of medicine of London,* 20 juillet 1911. *The British journal of dermatology,* août 1911, p. 246.

Lupus en plaques disséminées sur une épaule, les fesses, et sur une jambe, survenu quelques mois après une rougeole ayant atteint un enfant de deux ans fils d'un père tuberculeux.

Traitements variés, et en mai 1910, le malade ayant 12 ans, 8 applications de rayons X ; en mai 1911, 7 autres applications.

En juin 1911 il n'est pas possible de voir de traces de dégénérescence maligne des lésions, non plus que de traces de radiodermite.

En juillet 1911 on constate l'existence d'une large ulcération épithéliomatisée sur un des placards lupiques de l'épaule.

Cas remarquable de cancer des cicatrices, très rare chez un enfant de 13 ans.

G. PETGES.

Érythème noueux.

Sur l'érythème noueux dans la syphilis secondaire (Ueber Erythema nodosum bei Lues secundaria), par A. JANSON. *Dermatologische Zeitschrift,* 1911, t. 18, p. 1053.

Après avoir indiqué et résumé les nombreux travaux antérieurs qui ont eu la question pour objet, J. donne une observation personnelle recueillie sur une femme de 37 ans qui présentait une éruption papuleuse généralisée avec nodules érythémateux et formation purpurique.

L'existence d'un érythème noueux syphilitique n'est pas douteuse ; son

traitement est celui de la syphilis ; mais l'iodure de potassium jouit dans ces cas d'une grande utilité. Il existe des phénomènes hémorragiques liés à la syphilis. Ch. Audry.

Érythème noueux et tuberculose, par Pic. *Lyon médical,* 31 décembre 1911, p. 1527.

L'auteur rappelle les observations de neuf cas d'érythèmes noueux typiques. Quatre fois la tuberculose pouvait être affirmée par les signes cliniques. Dans les cinq autres cas, à côté de symptômes de sclérose du sommet et de pleurésie, on obtint chaque fois une séro-agglutination positive à 1 pour 5, 1 pour 10, 1 pour 15. Dans le dernier cas, la malade avait été traitée sans aucun succès par le salicylate de soude. On fit alors une injection de deux dixièmes de centimètre cube de la cinquième dilution de la tuberculine BE. La température tomba de suite et une seconde injection assura la guérison.

Ces recherches sont en faveur de l'origine tuberculeuse de l'érythème noueux, opinion déjà soutenue par Poncet en 1905 (thèse de Pons), et reprise plus tard par Chauffard et Troisier. De ces travaux, on peut conclure, étant donné les résultats de l'intra-dermo-réaction, à l'origine probablement toxinienne de la maladie, ce que pouvait déjà faire supposer les résultats négatifs de la recherche du bacille et de l'inoculation aux animaux.

En somme, actuellement, on peut accepter que tout érythème noueux, survenant spontanément en apparence, et en dehors de toute infection évidente, peut être considéré comme tuberculeux. M. Carle.

Frambœsia.

Contribution à l'étude de la Bouba (frambœsia tropica) (Contribuçáo ao estudo da Bouba (framboesia tropica), par O. da Silva Aranjo. *Thèse* de Rio de Janeiro, 1911.

Revue de la question et six observations. L'A. pense que la bouba n'a rien de particulier au Brésil ; elle rentre dans le cadre parfaitement défini du pian, du yaws, etc. Il semble qu'au Brésil elle soit beaucoup moins grave que dans les autres pays tropicaux et s'y présente sous l'aspect constant d'une éruption framboesiforme. La division de la maladie en trois périodes ne s'adapte pas bien aux cas observés au Brésil à cause de l'identité des éléments secondaires avec la lésion primitive, les lésions décrites par quelques auteurs comme tertiaires n'ayant jamais été constatées.

Dans un cas, l'injection de Salvarsan (0,50) a provoqué une turgescence des éléments éruptifs qui ne tardèrent pas à s'affaisser puis à disparaître complètement. La Sp. pertenuis disparut des lésions en deux jours. Pellier.

Un cas de frambœsia (A case of frambœsia), par C.-I. White et E.-E. Tyzzer. *The journal of cutaneous diseases,* mars 1911, p. 138.

Cas peu typique cliniquement, caractérisé par quatre végétations verruqueuses, situées sur la lèvre inférieure, le dos du pouce, la deuxième phalange de l'annulaire droits, et l'avant-bras gauche.

La réaction de Wassermann est négative ; les lésions contiennent un

spirochète très menu, plus petit que le S. pallida, et ressemblant au S. pertenuis de Castellani. Inoculations au singe, positives après le sixième jour, sous un aspect différent des inoculations syphilitiques.

W. et T. insistent sur la nécessité d'inoculer la syphilis après les lésions étiquetées frambœsia pour bien différencier ses maladies si proches.

G. Petges.

Greffe cutanée.

De la greffe cutanée par transplantation totale ou lambeau non pédiculé, par W. Dubreuilh et P. Noel (de Bordeaux). *Revue de Chirurgie,* 10 janvier 1911.

La transplantation cutanée comble les pertes de substance par une peau véritable implantée tout entière. Cette technique permet d'obtenir un minimum de cicatrice et le plus souvent même le greffon acquiert une parfaite mobilité. Mais c'est une véritable opération chirurgicale qui exige l'anesthésie générale, une asepsie parfaite et ne peut se faire sur une plaie bourgeonnante ou suppurante. Elle trouve son emploi lorsqu'il s'agit de combler une perte de substance fraîche résultant d'une opération chirurgicale, ablation d'épithéliome cutané, de lupus en particulier à la face; anaplastie remédiant à une rétraction cicatricielle, à des adhérences anormales. Pour les ulcères de jambes les transplantations faites sur des surfaces bourgeonnantes ou simplement curettées donnent de mauvais résultats il faut de toute nécessité faire l'excision préalable et complète de toute la base de l'ulcère que l'on transforme ainsi en une plaie chirurgicale.

Le lambeau doit être emprunté au sujet lui-même, en tenant compte dans le choix du greffon des particularités locales de la peau. Il faut faire la toilette du lambeau excisé c'est-à-dire le débarrasser complètement de sa graisse; ce greffon est ensuite suturé par des points très rapprochés faits au crin avec une aiguille de couturière courbe. Il importe d'obtenir une hématose aussi complète que possible en évitant cependant les ligatures, par la torsion des petits vaisseaux et un pansement compressif sec, sans imperméable. Au bout de quatre jours le greffon primitivement exsangue reprend une teinte rosée.

Ce n'est qu'au bout d'un mois que la guérison est complète. La sensibilité superficielle ne revient complètement qu'après un an, apparaissant sur un bord pour gagner le côté opposé. La sécrétion sudorale ne revient que très tardivement.

Le plus grave accident, la nécrose totale du lambeau, n'a jamais été observé par les auteurs. Les nécroses partielles restent le plus souvent superficielles et ne laissent que peu de cicatrices. Il se forme souvent des phlyctènes et des marbrures livides sans importance ; la suppuration est rare, l'abcès en tout cas n'amène pas la nécrose du greffon et guérit naturellement.

R. Lutembacher.

Granulome.

Sur le granulome annulaire [Zur Kenntniss des Granuloma annulare

(Radcliffe Crocker)], par G. Arndt. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1911, t. 108, p. 229.

Observation d'un cas type de granulome annulaire ; à noter sur quelques nodules, dont un siégeait sur l'oreille droite, la présence d'un petit point d'hyperkératose.

Les lésions histologiques se résument en deux constatations principales : amas cellulaires composés de cellules épithélioïdes et de lymphocytes, et lésions nécrotiques du tissu collagène avec disparition du tissu élastique. L'intégrité parfaite de l'épiderme, la prolifération très nette des cellules fixes et les néoformations conjonctives montrent qu'il s'agit là d'un processus limité à l'étage moyen du derme.

A. étudie longuement le diagnostic différentiel, soit histologique, soit clinique de cette affection dont l'origine tuberculeuse ne lui semble pas acceptable. Pellier.

Herpès.

Herpès récidivant de la fesse (Recurrent herpes of the buttock), par H.-G. Adamson. *The british journal of dermatology*, octobre 1911, page 322.

L'herpès facial et l'herpès génital sont classiques, mais on connaît moins les autres localisations de l'herpès. W. Dubreuilh et à sa suite Adamson, Thibierge, ont cité des exemples d'herpès récidivant de la fesse. A. rapporte de nouveaux cas très typiques. G. Petges.

Hélodermie.

Hélodermie simple et annulaire (Helodermia simplex et anularis), par H. Vörner. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1911, t. 108, p. 161.

La lésion primitive de cette affection consiste en de petits nodules, localisés d'abord à la face palmaire de la main et des doigts, puis pouvant envahir toute la main. Ces nodules de la grosseur d'une graine de chènevis ne tardent pas à présenter une petite dépression centrale, caractéristique. Arrivés à ce stade ils sont susceptibles de se résorber. Mais, dans d'autres cas, la dépression peut s'agrandir et le nodule initial se transforme en une lésion annulaire ; la rencontre de deux ou plusieurs de ces éléments peut donner lieu à des lésions polycycliques.

Le nodule du début est caractérisé au point de vue histologique par des signes de prolifération du tissu conjonctif dermique, quelques infiltrats périvasculaires et une hyperplasie de l'épithélium. Au centre de la lésion, la couche cornée est en desquamation. Lorsque la dépression centrale est constituée, l'épithélium qui lui correspond revient au type normal.

A un stade plus avancé (lésions annulaires) l'infiltrat cellulaire s'est accru et entoure des zones de dégénérescence du tissu conjonctif. L'hypertrophie de l'épithélium persiste quoique à un moindre degré. La couche cornée reprend au centre ses dimensions normales. Il semble donc que les lésions de l'épithélium sont secondaires au processus dermique et que l'apparition de la petite dépression centrale est le premier signe d'une tendance à la restitutio ad integrum.

Pour des raisons soit cliniques, soit histologiques, la maladie doit être différenciée des cors (dont la possibilité sur les mains n'est pas généralement admise), des efflorescences décrites par Herxheimer au cours de la White spot disease et par Warde dans la sclérodermie, du lichen ruber annularis, de la ringed eruption de Colcott Fox, du granulome annulaire, des sarcoïdes.

La ressemblance des lésions initiales avec l'œil-de-perdrix conduit V. à proposer pour cette maladie le nom de hélodermie (ηλος = œil-de-perdrix).

Pellier.

Impétigo herpétiforme.

Un cas d'impétigo herpétiforme chez un homme (A case of impetigo herpetiformis in a man), par Graham Chambers. *The British journal of dermatology,* mars 1911, p. 65.

Cas observé chez un homme de 40 ans, alcoolique et tabagique, qui depuis 18 mois présente des poussées analogues à celle qui est décrite; il se porte bien dans les intervalles de ces poussées, mais a un mauvais état général avec fièvre durant leur évolution. Il est très affaibli, très amaigri, fiévreux, sans appétit, et est actuellement atteint, depuis une semaine, d'une éruption, respectant les muqueuses, le cuir chevelu, la face, les jambes, et occupant surtout le tronc et les bras, parties couvertes; les lésions débutent par des pustules du volume d'une tête d'épingle à un demi-pois, sans contenu liquide clair; il s'agit de pustules d'emblée. L'éruption est à peu près symétrique. Évolution vers le mieux et la disparition de la crise.

L'examen microscopique du pus, par les cultures aérobies et anaérobies, ne met aucun microbe en évidence. Le sang a la formule suivante: globules rouges, 3 600 000; globules blancs, 9 000; hémoglobine, 100 pour 100; polynucléaires, 64; petits mononucléaires, 28; gros mononucléaires, 5; éosinophiles, 2; mastzellen, 1.

Une pustule jeune étudiée histologiquement, dans la couche muqueuse épaissie, présente une zone de nécrose allant jusqu'à la couche cornée avec de grosses cellules claires, en voie de dégénérescence granuleuse, à réaction légèrement acidophile, entournée de polynucléaires, comme dans un abcès intra-épidermique au début. Les noyaux des cellules de l'épiderme sont peu visibles et mal colorés. Dans le chorion il existe une infiltration périvasculaire de mono et de polynucléaires, sans congestion papillaire.

G. Petges.

Lèpre.

Statistique à propos de la lèpre (Statistischen über Lepra), par H.-P. Lie. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 110, p. 473.

Sur 1 221 lépreux catalogués par Sand, on trouvait 17 ménages infectés des deux parts. Sur 598 lépreux mariés de Lie, 31 fois il s'agissait de ménages infectés de part et d'autre.

230 hommes lépreux ont eu 769 enfants, dont 79 étaient atteints de la maladie; 223 femmes lépreuses ont eu 648 enfants, dont 106 étaient frappés Les 28 ménages lépreux ont eu 74 enfants dont 29 malades.

A Bergen, on n'a jamais vu de cas de contagion entre lépreux et autres habitants.

La maladie peut apparaître à tout âge. Il semble toutefois que la moitié des malades est infectée avant la 15e à 20e année.

Les ménages de lépreux sont moins féconds que les autres surtout si l'un des conjoints est atteint de lèpre nodulaire. Ch. Audry.

Notes sur l'étiologie de la lèpre (Note on the œtiology of leprosy), par William Turner. *The British journal of dermatology,* septembre 1911, p. 291.

Il s'agit d'un charpentier de navire, né et habitant à Gibraltar, dont il n'est jamais sorti, admis à l âge de 38 ans à l'asile d'aliénés de cette ville en 1883. En 1902 il présente des troubles cutanés qui sont rattachés à la lèpre en 1906.

Rien ne permet d'inculper ses antécédents héréditaires dans l'étiologie de son affection, il est impossible de mettre en évidence la moindre cause de contagion. T. admet une cause alimentaire, soit par injestion de porc salé, soit de poisson desséché et salé.

On peut objecter à cette hypothèse de T. que les nombreux marins qui font escale à Gibraltar ont pu apporter et répandre le contage, car il est noté dans l'observation que jusqu'à l'âge de 38 ans, avant son internement, le malade, un pauvre idiot, servait de bouffon dans les cabarets où les marins le faisaient boire.

Il y a là des causes de contamination trop sérieuses pour être mises de côté, surtout en raison de la très longue incubation de la lèpre.

Cas non probant en faveur de la théorie de I. Hutchinson. G. Petges

Les voies respiratoires supérieures chez les lépreux de la léproserie de Memel (Die oberen Luftwege bei den Leprösen des Memeler Lepraheims), par G. Cohn. Tirage à part de la *Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie und ihre Grenzgebiete,* 1910.

Un très grand nombre de cas de lèpre tubéreuse semblent avoir débuté par des lésions des voies respiratoires. Dans tous les cas anciens C. a trouvé des lésions soit cicatricielles, soit ulcéreuses ou perforantes. On peut distinguer dans les altérations nasales trois périodes : stade de rhinite sèche avec épistaxis, stade d'infiltration nodulaire avec rétrécissements, stade cicatriciel avec rétrécissements ou destructions. Contrairement aux données de Glück, un nombre, très restreint il est vrai, de lépreux à forme anesthésique ne présentait aucune lésion nasale.

Les altérations pharyngées particulièrement pénibles pour les malades sont souvent d'une observation difficile à cause de la rigidité et des déformations de l'épiglotte. Les lésions qu'on y rencontre consistent en tuméfactions, en nodules, en ulcérations et en déformations cicatricielles.

Pellier.

Formes bénignes de la lèpre nerveuse (Formas benignas de leprose nervosa), par I. Moreira. *Archivos brasileiros de Medicina,* février 1911, no 1, p. 157.

Au Brésil les formes nerveuses de la lèpre sont aussi fréquentes que les

formes tubéreuses. A côté de ces formes typiques existent, dans les différentes régions du Brésil où la lèpre est fréquente, des formes bénignes, formes abortives de Arning, formes frustes ou atténuées d'autres auteurs. M. donne six observations de cas parfaitement susceptibles de passer inaperçus à l'examen clinique ou même ignorés du malade.

Ces formes peuvent évoluer plus ou moins lentement vers les formes complètes de la maladie, soit rester stationnaires, limitées à des territoires d'anesthésie cutanée avec dyschromie. PELLIER.

Lichen.

Lichen hypertrophique corné verruqueux traité par le 606 (Liquen hipertrófico córneo verrugoso tratado por 606), par J. DE AZUA). *Actas Dermo-Sifiliográficas,* IIIe année, nº 4, p. 401, avril-mai 1911.

F. 46 ans. Début il y a 10 ans sous forme de lichen plan. Extension lente, lichénification, aspect corné des plaques les plus anciennes. Aggravation depuis un an ; prurit insupportable, aspect hypertrophique et corné des lésions anciennes, sur quelques placards fortement infiltrés pyodermite eczémateuse. Pas d'amélioration par la liqueur de Fowler (25 à 35 gouttes par jour). L'A. pratique deux injections intra-veineuses de 0,40 de Salvarsan, à cinq semaines d'intervalle.

Réaction locale assez peu intense. Amélioration rapide et considérable de l'état général du prurit, diminution de l'hypertrophie du prurit qui a cependant persisté. J. MÉNEAU.

Lupus érythémateux.

Lupus érythémateux aigu d'emblée (Lupus eritematoso agudo d'emblée), par J. DE AZUA et COVISA. *Actas Dermo-Sifiliográficas,* IIIe année, nº 3, février-mars 1911, p. 307.

F. 19 ans, sans antécédents héréditaires ni personnels. A 17 ans, suppression brusque des règles par exposition prolongée au froid et à l'humidité. En juin 1910, éruption débutant sur les bras, puis se généralisant, de couleur d'abord rouge, ensuite violacée, s'accompagnant d'alopécie, mauvais état général, fièvre élevée. La peau est tendue, impossible à plier, raide et desquame fortement. Sur le tronc, quelques taches sont déprimées à leur centre, d'autres ont une couleur brun sale mélangée de violet ; le dos des avant-bras et des mains présente un état atrophique de la peau. Douleurs articulaires. Rien à la poitrine. Jamais d'expectoration. Les lésions cutanées diminuent, mais la fièvre persiste, ulcères de décubitus, mort en février 1911. La malade souffrait de constipation, mais n'a jamais présenté d'albumine dans ses urines. A l'autopsie, ni follicules tuberculeux, ni bacilles de Koch. En raison de ce fait, les auteurs ne croient pas à l'origine tuberculeuse du lupus érythémateux aigu d'emblée. J. MÉNEAU.

Lupus érythémateux aigu fébrile [Lupus eritematoso agudo febril, caso clinico], par A. SAINZ DE AJA. *Actas Dermo-Sifiliográficas,* IIIe année, nº 3, p. 361, février-mars 1911.

F. 30 ans, sans aucun antécédent personnel ni héréditaire. La maladie

a débuté, il y a 11 ans, par le nez, et s'est lentement étendue. En mai 1910, toute la tête, le dos des mains et des pieds, les doigts sont envahis : symptômes généraux, fièvre. En juillet, pleurésie gauche. Pas de bacilles de Koch dans les crachats. Mort par cachexie en novembre 1910. Pas d'autopsie. L'A. attribue à ce lupus érythémateux puis aigu généralisé un caractère nettement tuberculeux. L'absence de bacilles provient de ce que la mort est survenue avant l'ouverture des lésions pulmonaires. La généralisation pourrait être due à un traitement par le radium peut-être trop énergique auquel la malade avait été soumise. J. Meneau.

Atrophie maculeuse associée au lupus érythémateux (Macular atrophy associated with lupus erythematosus), par Graham Little. *The Royal Society of medicine,* 20 juillet 1911. *The British journal of dermatology,* août 1911, p. 250.

Une jeune femme de 26 ans est atteinte de lupus érythémateux des doigts et du visage, depuis un an. En outre sur les épaules et en diverses régions du tronc on voit de nombreuses plaques circinées, nummulaires, atrophiques, décolorées, déprimées, datant de deux ans, par conséquent antérieures au lupus érythémateux.

On peut se demander s'il ne s'agit pas de lésions analogues plus anciennes, spontanément guéries après une évolution silencieuse méconnue.

G. Petges.

Étiologie du lupus érythémateux, en ce qui concerne particulièrement la tuberculose ; relation de treize cas contrôlés par la réaction de Moro (The aetiology of lupus erythematosus with especial reference to tuberculosis, and a report of thirteen cases tested by the Moro reaction), par D. Friedlander. *The journal of cutaneous diseases,* août 1911, p. 417.

Long mémoire avec abondante bibliographie. Dans ses recherches personnelles, F. a vu la réaction de Moro positive 4 fois, chez des malades atteints du type discoïde, sur 13 cas : un seul des malades avait des signes cliniques en faveur de la tuberculose : deux, sur le 13, avaient des antécédents tuberculeux, dont un présentait une réaction de Moro négative.

F. conclut qu'il faut être éclectique en matière d'étiologie, du lupus érythémateux : ce n'est pas une manifestation tuberculeuse en soi, mais souvent indirectement. G. Petges.

Lupus vulgaire.

Cas de tuberculide non ulcérée, type sarcoïde miliaire de Boeck (?), survenant après un lupus vulgaire (Case of non-ulcerating tuberculide, Boeck's miliary sarcoid (?), following lupus vulgaris), par J.-M.-H. Mac-Leod. *Royal Society medicine of London,* mars 1911 ; *The British journal of Dermatology,* mars 1911, p. 85.

Un jeune homme de 21 ans, précédemment atteint de lupus tuberculeux depuis l'âge de 9 ans, soigné par des raclages et des curettages, puis par la Finsenthérapie, avec un très bon résultat, revient avec des lésions curieuses. Il est porteur de petites tumeurs enchâssées dans la peau de la face comme des plombs de chasse.

Aucun de ces nodules n'est ulcéré, certains ont disparu, laissant une cicatrice déprimée. Ces nodules sont arrondis, de couleur rouge brun ; ils ont 2 millimètres de diamètre environ.

Réaction à la tuberculine positive.

L'examen microscopique d'un nodule montre son origine dermique à la base d'un follicule pilaire : la lésion est constituée par un stroma de fines fibres contenant des noyaux allongés, plus abondants au centre, traversée par des capillaires et infiltrée de cellules libres, lymphocytes surtout, et éosinophiles ; hors des cellules il existe du pigment.

Pas de cellules géantes, pas de bacilles. La disposition symétrique des nodules, l'absence d'extension périphérique éloignent le diagnostic de lupus et M. L. conclut au diagnostic de tuberculide, non de la forme commune, mais du type *sarcoïde miliaire de Boeck*. G. PETGES.

Le traitement du lupus des fosses nasales par l'iodure de sodium et l'eau oxygénée (Méthode de Pfannenstiel) (The treatment of intra-nasal lupus by sodium iodide and peroxide of hydrogen (Pfannenstiel's method), par J.-H. SEQUEIRA. *The British journal of dermatology*, octobre 1911, p. 327.

Les méthodes de traitement dirigées contre le lupus intranasal sont nombreuses, signe d'infidélité : curettages, raclages, applications de caustiques, galvanocautère, Finsenthérapie, etc., et il en est d'autres ! Un Suédois, Pfannenstiel, a décrit en juin 1910 une nouvelle méthode basée sur l'effet connu de l'iodure de sodium en badigeonnages, d'application difficile à cause de la nécessité de la réserver aux médecins ou aux gardes-malades.

Sa pratique est basée sur la décomposition des iodures en présence de l'ozone, avec mise en liberté d'iode : or l'élimination des iodures par la muqueuse nasale est constante. L'action de l'iode à l'état naissant est efficace contre le tissu malade.

Il s'agit donc d'administrer de l'iodure de sodium intus, et de faire des applications d'eau oxygénée extra.

P. donne 3 grammes d'iodure de sodium par jour, divisés en 6 doses prises à intervalles réguliers.

Nettoyage quotidien du nez, lavages au sérum artificiel et à l'eau boriquée : tamponnement à la gaze stérilisée, puis imbiber le tampon d'eau oxygénée à 2 pour 100.

La guérison est rapide. G. PETGES.

Sur le traitement du lupus des muqueuses par la méthode de Pfannenstill (Ueber Behandlung der Schleinhautlupus nach Pfannenstill's Methode), par O. STRANDBERG. *Berliner klinische Wochenschrift*, 1911, n° 39, p. 1755.

S. a déjà fait connaître les modifications qu'il a apportées à la méthode de Pfannenstill. Il donne au malade 1 gramme d'iodure de sodium par jour, en 6 doses, et augmente la dose jusqu'à 3 grammes, en 4 ou 5 jours, et fait appliquer des tampons imbibés d'eau oxygénée non acide à 3 pour 100. La durée du traitement est de 2 à 3 mois.

Sur 14 premiers malades, il en a suivi 12, dont 8 sont restés sans récidives.

Sur 78 autres, 34 sont guéris, 4 guéris d'un côté ; les autres en traitement ou perdus de vue. Ch. Audry.

Sur le traitement du lupus du palais par la méthode de Pfannenstill (Über die Behandlung der Lupus vulgaris im Gaumen mit Jodnatrium und Wasserstoffsuperoxyd nach Dr Pfannenstill Methode), p. Y. Schaumann. *Berliner klinische Wochenschrift,* 1911, n° 40, p. 1803.

S. a obtenu un bon résultat dans un cas, en employant la méthode de Pfannenstill-Strandberg (administration d'iodure de sodium par la bouche, application locale de tampons imbibés d'eau oxygénée). Ch. Audry.

Lymphangiectasie.

Lymphangiectasie primitive de l'aine droite. Son traitement par les rayons X (De un caso de linfangectasia primitiva de la ingle derecha), par Peyré. *Actas Dermo-Sifiliográficas,* IIIe année, n° 4, p. 372, avril-mai 1911.

Il s'agit d'un cas de lymphangiectasie primitive de la région inguinale droite survenue chez un homme de 29 ans, que l'histologie démontra être un lymphangiome intra-dermique se rapprochant du lymphangiome vésiculeux circonscrit de Brocq et Bernard.

Suivant P., lymphangiectasie et lymphangiômes devraient être regardées comme une même entité morbide, comme une dilatation et un accroissement de volume des lymphatiques congénital ou acquis, primitif ou secondaire, simple ou caverneux. Au point de vue étiologique, la congénitalité est toujours le facteur primordial ; secondairement, un traumatisme, une infection peut être la cause immédiate de son apparition.

Ici la lymphangite fut probablement d'origine infectieuse. D'abord traitée sans succès par l'électrolyse et la galvano-cautérisation, elle céda rapidement à la radiothérapie qui paraît être le mode de traitement le plus rationnel. J. Méneau.

Mycoses.

A propos d'un cas de blastomycose (pyohémie blastomycosique) (A proposito de uno caso de blastomycose (pyohemia blastomycotica), par Pereira et Vianna. *Archivos brasileiros de Medicina,* février 1911, n° 1, p. 63.

Le malade était un Syrien de 35 ans. Le premier symptôme consista en une asthénie qui précéda tout phénomène cutané Les nodules apparurent ensuite à la face, puis à la partie supérieure du thorax, adhérents aux tissus profonds, sans adhérence cutanée. Un examen microscopique montra alors qu'il s'agissait d'une mycose. Le malade succomba après avoir présenté un certain degré de torpeur, de la dyspnée, de l'ictère et un œdème considérable des membres inférieurs. L'évolution avait duré un mois.

« C'est le premier cas dans lequel la maladie, évoluant avec une virulence inconnue, a présenté un aspect qui rappelle de près par sa gravité et sa généralisation les septicémies bactériennes... L'autopsie a permis aux auteurs de vérifier que le processus blastomycosique s'était généralisé à tout l'organisme et intéressait le pancréas, le foie, les poumons, les ganglions mésentériques, les articulations et les os. » Pellier.

La cladiose, dermatomycose causée par un champignon inconnu jusqu'ici (mastigocladium) (Die Kladiose, eine durch einen bisher nicht Bekannten Pilz (Mastigocladium) hervorgerufene Dermatomykose), par Br. Bloch et Ad. Vischer. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1911, t. 108, p. 477.

Le point de départ de la mycose semble avoir été dans de petites coupures des doigts. Le malade est porteur depuis six mois sur l'avant-bras de tumeurs qui sont allées en grossissant et en se multipliant et ont dépassé la région du coude ; certaines se sont vidées d'un contenu purulent. Leur évolution est rapide et aboutit à la formation d'ulcérations végétantes. Sur le dos des mains, aux coudes, les lésions, disposées avec une certaine symétrie, prennent la forme de placards peu infiltrés, végétants ou verruqueux. On note des traînées de lymphangite. Les ganglions ne sont pas tuméfiés.

Les ensemencements, restés stériles à l'étuve, donnent au contraire, à la température de la chambre, de nombreuses colonies au bout d'une à deux semaines. Au cours de leur évoluion sur différents milieux, il fut facile de se rendre compte qu'il ne s'agissait là ni du sporotrichum B., ni de l'hemispora stellata (aspect duveteux ou papillaire, absence de coloration caractéristique).

L'étude des formes de fructification a complété cette différenciation en montrant un type absolument particulier : les spores, en nombre très variable, sont disposées en chaînettes qui se coudent en forme de fouets et c'est cette dernière forme qui a valu au parasite son nom de Mastigocladium.

La structure des petites tumeurs sous-cutanées est celle d'un abcès souscutané bien encapsulé ; au centre un amas de polynucléaires plus ou moins conservés, à la périphérie des signes d'une inflammation chronique tendant à une structure tuberculoïde.

Les placards végétants et hyperkératosiques présentent une énorme hypertrophie papillaire et une acanthose très sensible. L'ensemble rappelle la tuberculose verruqueuse. Un infiltrat abondant occupe toutes les couches dermiques ; il se dispose en nodules dont la structure rappelle celle des tumeurs isolées, mais à un stade moins avancé.

Le rôle pathogène joué par le Mastigocladium a été démontré par l'obtention des cultures en partant des tumeurs hypodermiques et par le résultat positif de la sporo-agglutination. Il a été, quoique à un moindre degré, confirmé par le succès de la médication iodée. Pellier.

Nævus.

Un cas de nævus pigmentaire unilatéral (A case of unilateral pigmentary nævus), par Adamson. *Royal Society of medicine of London,* mars 1911. *The British journal of dermatology,* mars 1911, p. 77.

Une jeune fille de 18 ans en traitement pour une cardiopathie, présente une lésion formée de macules lenticulaires de couleur brun-foncé, confluentes sur un seul côté du tronc, du niveau du sein à la crête iliaque en arrière et au pli inguinal en avant, nettement limitées par la ligne médiale en avant et en arrière.

Ces macules dateraient de quelques années seulement, au dire de la patiente, mais il existe un autre fait; la malade présente un mamelon supplémentaire, ce qui peut faire songer à une pigmentation d'origine congénitale. On ne perçoit aucun nodule rappelant la maladie de Recklinghausen. A. pense à un nævus linéaire pigmentaire unilatéral.

Ces nævi peuvent être formés on le sait d'une ou de plusieurs des parties constituantes de l'épiderme ou de ses annexes. Il peut être couvert de cellules cornées, contenir exclusivement des glandes sébacées, ou sudoripares, ou comme dans le cas décrit être seulement pigmentaire.

G. Petges.

Deux cas de « nævus unilatéral » (Two cases of nævus unius lateris), par Graham Little. *Royal society medicine of London,* mars 1911 ; *The British journal of Dermatology,* mars 1911, p. 83.

Ces deux intéressantes observations sont comparables. Dans l'une il s'agit d'une fillette de 12 ans qui, seule dans sa famille, présente depuis la naissance un nævus pigmentaire, verruqueux, saillant, en bande descendant du lobule de l'oreille droite, en zig-zag, suivant le bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien, et se terminant à quelques centimètres du sternum. La lésion a été traitée par dix à douze applications de neige carbonique, durant 30 à 60 secondes par séance, avec résultat satisfaisant.

Dans le 2e cas, un garçon de 11 ans est porteur d'un nævus en bande, congénital, étendu du lobule de l'oreille gauche à la poitrine, en suivant le bord antérieur du sterno-mastoïdien jusque vers la clavicule : nævus verruqueux, pigmentaire.

La distribution de la partie cervicale de ces deux nævi est très intéressante, car elle correspond à la zone décrite par Head le long du sterno-mastoïdien « Disturbances of sensation and the pain of visceral diseases », Brain, 1894, p. 3)8.

G. Petges.

Un cas de nævus pigmentaire, verruqueux et pilaire (A case of nævus pigmentosus, verrucosus et pilosus), par Graham Little. *Royal society of medicine of London,* mars 1911 ; *The British journal of Dermatology,* mars 1911, p. 82.

Nævus congénital observé sur un enfant de 2 ans, couvrant la plus grande partie du tronc. Certaines zones sont pigmentées, d'autres à la fois pigmentées et couvertes de longs poils, d'autres verruqueuses.

Il existe aussi des nævi plus discrets sur tout le reste du corps. L'enfant porteur de ces nævi est atteint de tuberculose d'une articulation tibio-tarsienne ; il a six autres frères ou sœurs, qui ne présentent pas de lésions analogues, et on ne trouve pas trace de malformations congénitales dans sa famille.

G. Petges.

Nævus avec muscles arrecteurs des poils striés (Ein Naevus mit quergestreiften Arrectores pilorum), par R. Polland. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 109, p. 497.

Les myomes à fibres striées sont très rares dans la peau ; mais jamais on n'avait encore signalé l'existence de muscles striés dans des nævi.

P. a pu examiner un nævus occupant le menton d'une jeune fille de 18

ans ; sous forme de papules lenticulaires bleuâtres, plus ou moins saillantes développées jusque sur la muqueuse. Au microscope, pigmentation comme dans des éphélides, tissu conjonctif riche en cellules, poils de lanugo avec glandes sébacées. Les arrecteurs de ces poils sont formés de fibres musculaires striées semblables à celles du cœur ; et leurs rapports avec la gaine des poils sont incontestables.

P. ne voit pas d'explication certaine de ce « jeu de la nature ».

Ch. Audry.

Un cas de nævus d'aspect anormal (A case of nævi of peculiar appearance), par Graham Little. *Royal Society of medicine of London,* 16 mars 1911. *The British journal of dermatology,* avril 1911, p. 113.

Une jeune fille de 12 ans présente depuis l'âge de 8 à 9 mois des lésions siégeant sur le côté droit du cou, le long du sterno-mastoïdien, faites de petits groupes de papules, roses, plates, excoriées. Sur le côté interne du bras gauche il existe une traînée de papules semblables, d'aspect enflammé, de même sur la poitrine, les cuisses. Ces papules simulent le lichen plan par la multiplicité des groupements et l'aspect des éléments individuels.

G. Petges.

Ictyose hystrix et nævus verruqueux (Ichthyosis hystrix and nævus verrucosus), par J.-L. Bunch. *The british journal of dermatology,* septembre 1911, p. 274.

Après avoir examiné les hypothèses de l'origine épithéliale et conjonctive du nævus, B. admet son origine conjonctive en se basant sur la dégénérescence possible du nævus en sarcome ; il voit aussi un argument dans la situation des nævi sur les lignes de sutures embryonnaires plutôt que sur les lignes de clivage, le long des vaisseaux et des nerfs. Il cite une observation d'un nævus verruqueux du genou, dans lequel il a examiné, après biopsie, des nodules dégénérés, dont la constitution histologique est celle du sarcome.

Il communique ensuite un cas d'ichtyose hyxtrix à disposition linéaire s'ajoutant à la précédente, sans que les rapports de cette affection et du nævus soient éclaircis, non plus que l'origine du nævus.

Pourquoi appeler une lésion de ce genre ichtyose hystrix, alors que son aspect, sa description en font un excellent type de nævus ? G. Petges.

Sur le traitement des angiomes, des angio-cavernomes et des nævi par l'acide carbonique (Die Behandlung von Angiom, Angiokavernom, und Nævus flammeus mit Kohlensäure), par J, Fabry. *Dermatologische Zeitschrift,* 1911, t. 18, p. 731.

F. a utilisé la méthode de Pusey (neige d'acide carbonique) avec beaucoup de succès dans un grand nombre de cas d'angiome, d'angio-cavernome, de nævi angiomateux.

Dans le premier cas, il a fait durer la gelure de 5 à 10 secondes ; les résultats sont d'autant meilleurs que les enfants sont plus jeunes ; il faut faire des applications très courtes pour éviter les nécroses. Il a retrouvé plusieurs malades dont il avait détruit des angio-cavernomes en procédant jusqu'à nécrose : les résultats éloignés sont excellents.

Par nævus flameus, F. désigne des nævi bleuâtres, parfois très étendus, saillants ou non. Dans ces cas-là, les résultats sont d'autant plus difficiles à obtenir, et d'autant plus intéressants que les malades sont plus éloignés de l'enfance. Mais il faut répéter les applications. Ch. Audry.

Nodules cutanés.

Nodules cutanés : une affection cutanée encore peu connue (Noduli cutanei, eine bisher wenig bachtete Hautaffektion), par E. Arning et Lewandowsky. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 110, p. 3.

Il s'agit de petit nodules cutanés superficiels, enchâssés dans le derme, indolents, d'une durée indéfinie que A. a pu constater chez un bon nombre de malades atteints d'ailleurs d'affections cutanées d'une autre nature, et particulièrement de dermatoses prurigineuses.

Ces petits nodules s'observent d'une manière particulièrement fréquente sur le dos du pied, au niveau du genou, etc.

A. les a plusieurs fois rencontrés chez des sujets ayant souffert de lichen plan. Ils n'ont guère été signalés que par Unna, sous le nom de fibroma simplex.

Lewandowsky qui a fait l'examen histologique d'un bon nombre de ces nodules a constaté la disparition du tissu élastique, une transformation fusiforme du noyau conjonctif, etc. Une seule fois, L. y a retrouvé des vestiges d'un follicule détruit.

Maintenant, faut-il pour tous les cas, accepter l'identification de ces nodules avec le fibroma simplex de Unna ? Non, probablement, car dans un cas, L. est tombé sur un « granulome » circonscrit avec cellules géantes, etc., développé autour de débris d'un follicule pilo sébacé.

Peut être faut-il admettre qu'il s'agit là de petites lésions infectieuses d'origine traumatique (grattage) et qui, évoluant naturellement vers la guérison, y parviennent sous forme de fibrome. Ch. Audry.

Ongles (décoloration).

Décoloration des ongles : 1. Leucopathie onguéale, 2. Ongles jaunes (Discoloratio unguium : 1. leucopathia unguium ; 2. Ungues flavi), par W. Knowsley Sibley. *The British journal of dermatology,* septembre 1911, p. 281.

A propos d'une observation les divers troubles de la coloration des ongles sont étudiés, avec une revue bibliographique de la question.

L'observation citée a trait à un coiffeur de 25 ans, qui présente sur tous les ongles des mains une bande blanche transversale intermittente, commençant en général à la base des ongles, et se rapprochant peu à peu de la partie libre à mesure que la croissance se fait. Ces bandes apparaissent et disparaissent plus ou moins rapidement : par exemple il s'en produit dans la nuit, alors que la veille on n'en voyait pas. Les ongles des pieds sont moins atteints. Il existe quelques troubles dentaires et pilaires.

L'examen histologique montre que les bandes blanches prennent rapidement les colorants ; elles sont formées de cellules ayant subi l'évolution cornée en plusieurs couches, avec des interstices entre chaque couche ; cellules volumineuses à noyau bien coloré.

Il s'agit d'une trophonévrose. On peut la diviser en : 1. Une forme congénitale, permanente, associée souvent à des modifications de la chevelure et des dents ; 2. Une forme acquise plus ou moins passagère avec intégrité des dents et des cheveux. La forme décrite est du premier type.

2. *Ongles jaunes.* Un jeune homme de 23 ans, paraissant syphilitique depuis deux ans, voit les ongles des doigts se décolorer en juin 1910, et jaunir peu à peu ; en janvier 1911, ils sont tous de couleur jaune ou ocre, comme teints par la nicotine ou la fumée de tabac ; en même temps leur croissance est arrêtée ; ils sont très épaissis.

On peut se demander s'il faut incriminer le mercure ou la syphilis.

G. Petges.

Pigmentation (troubles de la).

Sur la systématisation des hyperpigmentations et des dépigmentations (Zur Systematisierung der Hyper- und Depigmentationen), par H. Vörner. *Dermatologische Zeitschrift,* mai 1911, p. 461.

Les phénomènes de pigmentation ou d'achromie peuvent avoir trois origines différentes : congénitale (nævi), héréditaire (albinisme, éphélides), acquise et pathologique (chloasma, syphilide pigmentaire, vitiligo). Pellier.

De la pigmentation cutanée (Cutaneous pigmentation), par William Dyson. *The British journal of Dermatology,* juillet 1911, p. 205.

Travail consciencieux et orignal dans lequel l'origine du pigment cutané normal et pathologique est recherchée.

Les diverses hypothèses classiques de l'origine épidermique, dermique, sanguine du pigment sont tour à tour envisagées et discutées. De ses recherches histologiques, D. conclut que la production du pigment mélanique est liée à une fonction normale des cellules épidermiques. Ce pigment serait un lipochrome dans son origine, la mélanine étant la partie chromatique protéïde issue de granules lipoïdes complexes d'origine nucléaire.

Le pigment épidermique est charrié par les vaisseaux sanguins vers le derme.

L'origine dermique de la mélanine n'est pas démontrée, et l'on peut expliquer facilement l'existence anormale de pigment de la manière suivante : sous une influence déterminée (lumière, chaleur, toxémie, etc.), les cellules épidermiques sont irritées, leur activité s'accroît, la pigmentation s'accuse, plus ou moins tenace, selon le degré et la durée de l'irritation. Les lymphatiques de la peau engorgés, obstrués, drainent mal le pigment surproduit, d'où stase pigmentaire de durée variable et proportionnelle à l'obstruction lymphatique : l'action des rayons X en est un exemple.

G. Petges.

Arsenicisme avec mélanodermie réticulaire (Arsenizismus mit retikulärer Melanodermie), par Bosellini. *Archiv für dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 109, p. 37.

Dans 3 cas, B. a vu un intoxication arsenicale d'origine médicamenteuse déterminer l'apparition d'une mélanodermie d'apparence réticulée.

Dans le premier cas, la lésion était semblable à une syphilis pigmentaire

du cou. Dans les deux autres, B. a pu acquérir la conviction que cette mélanodermie réticulée succédait à un érythème également réticulé, dont l'inflammation représentait l'origine de la pigmentation.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une fille de 14 ans, chloro-anémique, qui absorbait de la liqueur de Fowler. Elle présentait sur les pieds, les mains, de l'érythème, un placard lichénoïde au voisinage du genou et du coude, des stries unguéales, et de l'hyperkératose palmaire, et sur le cou une pigméntation en taches lenticulaires disposées en réseau.

Le second cas est celui d'une femme de 21 ans offrant une pigmentation en réseau du cou, de la poitrine, des épaules, avec de l'hyperkératose palmaire et plantaire.

Elle prenait de la liqueur de Fowler depuis 3 ans.

B. rapproche cette mélanodermie arsenicale, dont la disposition réticulée est en rapport avec celle d'un réseau veineux, des mélanodermies analogues qu'on a signalées dans la syphilis, la tuberculose et d'autres maladies. Ch. Audry.

Sur le transport du pigment hors de la peau (Über der Transport des Pigments aus der Haut Ein Beitrag zur Pathologie der Depigmentationen insbesondere der Leucoderma Syphiliticum), par Meirowsky. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 109, p. 561.

Pour expliquer la dépigmentation de la syphilide pigmentaire. il existe des théories nombreuses. Neisser : les cellules épithéliales sous l'influence de l'inflammation desquament si vite qu'elles emportent le pigment; Riehl : le pigment d'origine hématogène est rapporté dans le derme; Brandweiner : Les cellules basales perdent leur faculté pigmentogène ; le pigment du derme est d'origine inflammatoire et non épithéliale.

M. a montré lui-même que le pigment est élaboré par les cellules de l'épiderme et du derme. Mais que devient ce pigment ?

On a dès longtemps remarqué que la présence du pigment dans les ganglions lymphatiques (maladie d'Addison : Schmorl ; pityriasis rubra : Jadassohn) supposait une résorbtion lymphatique. M. croit que dans la peau normale, conformément à l'opinion de Neisser, du pigment s'élimine avec la couche cornée. D'autre part, on voit que les plans superficiels et profonds du derme présentent des lymphatiques charriant du pigment libre, qui ne peut venir que de l'épiderme, car le derme même n'en offre pas.

Les cellules chargées du propigment le laissent échapper dans les fentes lymphatiques ; on comprend donc comment il peut arriver aux ganglions en venant de l'épithélium.

Dans la leucodermie syphilitique, l'épiderme expulse le pigment avec les cellules cornées ; dans la profondeur, il l'envoie dans les fentes lymphatiques. Or, d'après Hoffmann, par leur présence les spirochètes entravent la fonction pigmentaire des cellules épithéliales. La fonction pigmentaire est noyée par le poison microbien. Le noyau devient incapable de préparer le pigment soit en altérant les ferments qui provoquent la fonction de celui-ci, soit en altérant la substance chimique matricielle.

(Sans vouloir être désagréable, je dois rmarquer en passant que M. abuse du droit d'ignorer les recherches non allemandes. N. d. T.) Ch. Audry.

Pityriasis versicolor.

Pityriasis versicolor existant chez trois sœurs ; revue au sujet de ce fait anormal dans cette maladie (Tinea versicolor in three sisters ; review of the unusual features of the disease), par F. Crozerknowles et E. Corson. *Medical Record,* 30 septembre 1911, p. 672.

On a signalé quelques rares épidémies de pityriasis versicolor dans les institutions, chez les prostituées, dans les armées.

Nichols a signalé dans une collectivité 42 sujets ayant cette forme de pityriasis sur 700 hommes.

Les auteurs en citent 3 cas, chez des sœurs russes venant de Philadelphie, bien portantes, mais pauvres et sales. G. Petges.

Purpura.

Un cas de purpura annulaire télangiectasique [Sopra un caso de « purpura annularis teleangiectodes »], par F. Radaeli. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle,* 1911, t. LII, p. 381 390.

Un garçon de 19 ans voit apparaître sur ses membres inférieurs des taches rouges, sans aucune réaction générale avant ni pendant l'éruption. Le malade n'est gêné en rien, et il ne vient consulter que parce qu'il est atteint en même temps d'un chancre. L'éruption couvre les membres inférieurs, abondante surtout à la face interne des cuisses et des jambes : elle se compose de taches de couleur rougeâtre tirant sur le jaune, plus ou moins arrondies, d'une dimension allant de celle d'une lentille à celle d'un centime. Le malade affirme que l'éruption a revêtu dès le début ces caractères Parmi ces taches, les unes correspondent à une petite ectasie vasculaire les autres à une hémorragie ; beaucoup sont développées autour d'un follicule.

Suit un compte rendu développé de l'examen histologique lequel, un dit R., confirme point par point la description du purpura annulaire télangiectasique de Mazocchi.

R. propose ensuite une explication de la disposition particulière des taches en la comparant avec celle qu'on obtient quand on injecte une substance colorante dans les vaisseaux. H. Minot.

Un cas de purpura annulaire télangiectasique, par Verotti. *Estratto dal Giornale Intern delle Scienze mediche,* 1911.

Note de deux pages sur un cas semblable au précédent survenu chez un homme de 42 ans. L'éruption portait cette fois-ci sur les membres supérieurs aussi bien que les inférieurs. H. Minot.

Un cas de purpura hémorragique (Ein seltener Fall von Purpura hœmorrhagica), par G. Stümpke. *Berliner klinische Wochenschrift,* 1911, nº 23, p. 1026.

Un cas de purpura, d'ailleurs suivi de guérison, observé sur un jeune homme de 18 ans, remarquable par l'intensité des hémorragies sous-cutanées et par des hémorragies sous-muqueuses assez graves pour avoir mis la vie en danger (sténose laryngée). Il existait en même temps du sang dans les urines, des altérations secondaires de l'amygdale droite et de la

voûte palatine, des arthrites, etc. Le point de départ de l'infection qui avait déterminé les accidents hémorragiques doit être cherché dans une infection amygdalienne. Ch. AUDRY.

Un cas de purpura (A case of purpura), par KNUTSHEN et G.-W. DAWSON. *Royal society medicine of London,* mars 1911 ; *The British journal of Dermatology,* mars 1911, p. 78.

Un homme de 30 ans présente, sur les bras et les jambes, un rash dont la lésion élémentaire paraît liée à des hémorragies sous-cutanées. En outre on y voit de nombreuses papules rappelant celles du lichen plan. On peut penser à un lichen plan de type hémorragique, mais en l'absence de prurit et de symptômes subjectifs K. et D. portent le diagnostic de purpura.

G. PETGES.

Psoriasis.

Psoriasis vulgaire sur une cicatrice d'incision d'un furoncle (Über einen Fall von Psoriasis vulgaris auf Furonkulose-Inzisionsnarben), par H. FINNEN. *Dermatologische Zeitschrift,* 1911, t. 18, p. 914.

Un garçon de 18 ans a eu de la furonculose il y a 4 ans.

Les premières efflorescences apparurent en janvier. Puis survinrent des furoncles qui furent incisés et guérirent (staphylocoques). Huit jours plus tard, éruption d'efflorescences psoriasiques typiques au niveau des cicatrices; il y en avait en outre au niveau des côtes, disposées en traînée.

Inoculation, ou provocation nerveuse, etc.?? Ch. AUDRY.

Psoriasis traité par le 606 (Psoriasis tratedo por el « 606 »), par J. DE AZUA. *Actas Dermo-Sifiliográficas,* IIIe année, n° 3, février-mars 1911, p. 354.

1er Cas. — Psoriasis ancien généralisé depuis trois ans avec érythrodermie, lichénification, fissures aux paumes et aux plantes. Deux injections de 0,40 de 606, à un mois d'intervalle. Il survient une forte réaction générale et locale, suivie au bout de 24 heures d'une desquamation abondante. Amélioration, sans disparition des lésions. La 2e injection fut suivie d'une réaction minime. Soulagement considérable, augmentation de poids. Le temps seul indiquera si la guérison est définitive.

2e Cas. — Psoriasis ancien et syphilis. Injection intra-veineuse de 0,40 de 606. Réaction minime, desquamation abondante immédiate, qui s'est renouvelée spontanément au bout de 15 jours avec amélioration marquée.

J. MÉNEAU.

Sarcome.

Sur le soi-disant sarcome idiopathique multiple hémorragique (de Kaposi) (Uber das sog. Sarcoma idiop. multiplex haemorrhagicum (Kaposi) Klinische und histologische Beitrage), par DALLA FAVERA. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 109, p. 387.

Travail ayant pour point de départ l'étude de 6 observations personnelles. D. F. commence par observer que la maladie a une répartition géographique déterminée : il en a été publié plus de 100 cas italiens. La maladie est très rare en France et en Angleterre. Bernardt a indiqué que les sémites y étaient particulièrement exposés ; à Varsovie, en 5 ans, on a ob-

servé 12 cas à l'hôpital juif, et aucun à l'hôpital slave en 20 ans. Toutefois, De Amicis qui en a vu à lui seul au moins 50 cas n'en a jamais rencontré chez des juifs. Dans l'immense majorité des cas, la maladie frappe des hommes adultes. Peut-être faut-il faire jouer un rôle aux troubles de la circulation lymphatique, etc. D. F. accorde une réelle importance étiologique au traumatisme. Il insiste aussi sur la fréquence des localisations sur les organes génitaux de ses malades : mais la muqueuse buccale n'était atteinte que 3 fois sur 6.

Quant aux hémorragies, elles peuvent se produire non seulement au niveau des tumeurs, mais encore sur la peau saine (taches hémorragiques).

On sait aussi depuis longtemps que les altérations frappent aussi les os (rarement) et les viscères. Sur les 12 cas observés à la clinique de Parme, la maladie a duré de 2 à 12 ans. L'arsenic a une influence tantôt certaine, tantôt nulle.

On peut rencontrer de la difficulté à distinguer le premier élément d'un sarcome de Kaposi d'un bourgeon pseudo-botryomycosique.

Histologiquement, D. F. a constaté une néoformation et une dilatation des capillaires sanguins et des lymphatiques. Un troisième élément est la présence de cellules fusiformes, dont l'origine n'est pas encore bien déterminé, et que D. F. rapporte aux cellules conjonctives. Enfin, il existe une infiltration de petites cellules de nature probablement lymphocytaire.

Certainement, la maladie de Kaposi est un sarcome; mais sa véritable nature, peut-être infectieuse, reste encore inconnue.

(Bibliographie considérable.) Ch. Audry.

Sclérodermie.

Un cas de sclérodactylie avec concrétions calcaires sous-cutanées (A case of sclerodactylia with subcutaneous calcareous concretions), par R.-E. Scholefield et F. Parkesweber. *The British journal of dermatology,* septembre 1911, p. 276.

On connait déjà dans la sclérodactylie et dans la sclérodermie l'existence de petites concrétions sous cutanées, qui ont souvent été prises pour des tophi uratiques; en réalité il ne s'agit pas de tophi-goutteux mais de concrétions carbonatées et phosphatées calciques: le diagnostic différentiel peut se faire par les rayons X.

Le dépôt calcaire commence avec les phénomènes cutanés et est vraisemblablement dû à la dégénérescence et à l'oblitération des vaisseaux sanguins.

Souvent la région voisine est enflammée d'une extrême sensibilité, et il s'y produit une ulcération indolente, de longue durée ; avant l'ouverture le contenu de la concrétion est amicrobien, toutes infections secondaires exceptées.

Cette lésion ne rappelle en rien le panaris analgésique de Morvan.

Les doigts ou les orteils atteints deviennent gros, durs, informes, luisants, la sensibilité est émoussée, et la pulpe acquiert la dureté de la pierre.

Les cas se distinguent facilement des autres variétés de calcification cutanée ou sous-cutanée observées dans les kystes sébacés, les adénomes sé

bacés, les épithéliomas bénins, les hydrocystomes ; les lipomes, fibromes, carcinomes et autres tumeurs ; les nodules caséeux tuberculeux ; les cysticerques sous-cutanés ; les phlébolithes et concrétions artérielles ; les métastases calcaires cutanées de Jadassohn ; les petites concrétions calcaires des lobules adipeux de la partie antérieure du tibia chez les gens âgés ; les formations osseuses sous-cutanées ou des cicatrices.

Ces faits bien étudiés par Thibierge et Weissenbach n'ont pas été signalés en Angleterre ou en Amérique, peut-être parce qu'en présence de lésions analogues la concrétion calcaire a été prise pour un séquestre osseux.

Une observation probante est annexée à ce travail, avec une excellente radiographie mettant en évidence les concrétions calcaires, bien apparentes dans la pulpe des doigts. G. Petges.

Sporotrichose.

Les sporotrichoses osseuses, articulaires et synoviales, par J. Marchand. *Thèse,* Lyon, juillet 1911.

Les localisations du sporotrichum Beurmanni atteignent assez souvent le squelette et peuvent même s'y maintenir exclusivement, ainsi que le démontrent la pathologie animale, l'expérimentation et surtout la pathologie humaine. M. en a réuni une trentaine d'observations qu'il analyse au point de vue clinique.

Le plus souvent les lésions ostéo-articulaires et synoviales coexistent avec des lésions cutanées. Leur évolution est subaiguë ou chronique : il n'y a pas de fièvre, pas de retentissement ganglionnaire, peu de douleur, et l'état général reste bon.

Sur les os on retrouve surtout 3 types de lésions : périostite, abcès intra-osseux, ostéo-myélite.

Sur les articulations une forme simule l'hydarthrose, une autre la tumeur blanche. Enfin la synovite sporotrichosique simule complètement la synovite fongueuse tuberculeuse.

Le diagnostic est toujours à faire avec la tuberculose ou la syphilis.

Ce travail bien présenté est accompagné de photographies inédites.

A. Jambon.

Un cas de septicémie sporotrichosique, par Menahem Hodara et Fuad Bey. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 110, p. 387.

Il s'agit d'un médecin ottoman dont la maladie a débuté en juillet 1909 par de la fièvre, des sueurs, des points de côté, des douleurs rhumatoïdes, de la toux. Au 40e jour, éruption papulo-vésiculeuse généralisée, avec nodules papulo-nécrotiques, érosion gutturale et amygdalienne, orchi-épididymite, episclérite, iritis.

La ponction d'une vésico-pustule a fourni des cultures pures de sporotrichome, histologiquement, altérations habituellement décrites dans la sporotrichose : — séroagglutination avec une culture ancienne de sporotrichose fortement positive.

On ne sait pas encore ce que donnera le traitement ioduré qui vient d'être institué. Ch. Audry.

Syringome.

Sur le syringome (Über Syringome), par Rothe. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 108, p. 457.

Dans 5 tumeurs pour lesquelles Jadassohn avait porté le diagnostic de syringome, R. a retrouvé chaque fois le tableau histologique de cette lésion sans rien qui la rapproche du tricho-épithéliome kystique de Jarisch (épithéliome adénoïde kystique).

Toutes ces tumeurs, traitées par la méthode de Best, se sont montrées riches en glycogène. Cette substance, sous forme de gouttes, de débris ou de dépôts semi-lunaires, est assez régulièrement répartie. Mais elle se montre plus abondante au sein des cellules. Dans les kystes à contenu pseudo-colloïde elle manque au centre dégénéré tandis qu'elle se reconnaît dans les cellules encore conservées.

La présence du glycogène dans le syringome concorde assez bien avec l'opinion de Lubarsch et Gierke qui voient dans ce fait le signe d'une origine embryonnaire. Elle ne permet pas en revanche de chercher dans aucune des formations cutanées d'origine épidermique le point de départ de la tumeur. Elle montre qu'il n'a ni incompatibilité entre cette richesse en glycogène et la production de dégénérescences colloïdes, ni de rapport direct entre elle et l'intensité du développement de la néoplasie. Pellier.

Trichophytie.

Un cas de teigne à petites spores du cuir chevelu chez une femme de 23 ans (A case of small-spored ringworm of the scalp in a woman, aged 23 years), par J.-M.-H. Macleod. *Royal society medicine of London,* mars 1911 ; *The British journal of Dermatology,* mars 1911, p. 84.

Jeune femme contaminée par son enfant âgé de six ans, atteint de teigne à petites spores ; elle n'avait jamais eu cette maladie auparavant.

Elle présente près de la bordure du cuir chevelu, sur la région frontale, une petite plaque décalvée de la grandeur d'une pièce de un franc environ, sur laquelle on a prélevé des débris contenant, à l'examen microscopique, le microsporon typique.

Cas très exceptionnel chez les adultes. G. Petges.

Relation de sept cents cas consécutifs de teigne de la tête (A report on seven hundred consecutive cases of tinea capitis), par A.-M. Scott, *The british journal of dermatology,* octobre 1911, p. 332.

Sur ces 700 cas, 623 étaient des teignes à petite spore, 72 du type endothrix, soit 89,8 contre 10,2 pour 100.

405 des malades étaient du sexe masculin contre 295 filles, soit 57,8/42,2 pour 100 : la petite spore était plus fréquente chez les garçons, 366 contre 362, l'endothrix plus fréquente également chez ceux-ci, 39 contre 33.

Le plus grand nombre de cas a été observé à 6, 7, 8 ans : l'affection durait en général depuis quelques années.

Le traitement a consisté dans la radiothérapie, après consentement écrit des parents ou tuteurs, par exposition de toute la surface crânienne chez la plupart, avec la méthode des 5 séances de Kienbock-Adamson. Il faut souligner les résultats heureux obtenus dans cette clinique, où 3 000 sujets ont

été ainsi traités sans un seul cas d'alopécie définitive. Après l'exposition radiothérapique onctions antiseptiques. Il a fallu rarement deux séances au même point pour arriver à l'épilation.

Durant la même période on a observé dix cas de favus traités par la même méthode. G. Petges.

Un cas de trichophytie des ongles des orteils (A case of ringworm of the toe-nails), par Arthur Shillitoe. *The Royal Society of medicine,* 20 juillet 1911. *The British journal of dermatology,* août 1911, p. 257.

Un indien âgé de 36 ans, dans le cours d'un séjour en Europe vers 1898, a constaté le début de l'affection, que nous étudions, par l'ongle du gros orteil droit. De 1901 à 1910, la plante des pieds est atteinte, desquame, avec sensation de brûlures.

En février on diagnostique la syphilis et il est traité par l'ionisation mercurielle à plusieurs reprises jusqu'à salivation, sans être tant soit peu amélioré.

Cependant la réaction de Wassermann étant négative, l'examen microscopique des ongles malades est pratiqué, après éclaircissement par la potasse : on trouve un parasite, type endothrix.

Amélioration notable après un traitement approprié. G. Petges.

Vaccins thérapeutiques.

Le traitement de l'acné par les vaccins (The treatment of acne by vaccines), par Malcolm Morris et Ernest Dore. *The british journal of dermatology,* septembre 1911, p. 311.

Revue générale très complète et très claire, avec le résultat de recherches personnelles :

Les vacccins dirigés contre l'acné seront faits empiriquement, tant qu'il existera un désaccord sur l'agent causal de cette dermatose : on connaît le bacille décrit par Unna en 1893, le micro-bacille de Sabouraud (1897), le bacille de Gilchrist (1894) ; puis sont venues les études de Halle et Civatte (1907) ; certains ont obtenu les meilleurs résultats grâce aux cultures anaérobies. Fleming en 1906 a publié un travail important sur l'étiologie de l'acné et son traitement par les vaccins : il a décrit un petit bacille, prenant le Gram, dont la présence est constante dans les comédons, et fréquente dans les pustules ; dans 53 pour 100 des cas il l'a trouvé associé au staphylocoque, c'est un bacille difficile à cultiver dans les milieux ordinaires.

Lovejoy et Hastings ont trouvé le bacille de l'acné non seulement dans les lésions acnéiques, mais dans la sécrétion sébacée (1911) en apparence saine, surtout autour des ailes du nez ; ils le cultiveut sur gélatine-agar ou sur bouillon, et mieux en culture anaérobie.

Il semble que les divers bacilles décrits soient comparables, et Molesworth dit que le caractère anaérobie signalé par certains se retrouve chez le bacille de l'acné considéré comme aérobie : cette différence ne serait qu'apparente, car pratiquement dans le mode de culture préconisé, par Sabouraud par exemple, l'ensemencement est fait de telle sorte que le bacille se trouve dans le milieu de culture à l'abri de l'air, dans des conditions comparables à celles de la culture anaérobie.

Les opinions sont encore différentes en ce qui concerne la cause de la suppuration de l'acné : pour Unna, Gilchrist, Fleming le bacille est en cause, pour Sabouraud, Whitfield, Molesworth il provoque seulement les comédons, tandis que le straphylocoque fait la suppuration.

La création des vaccins et leurs applications sont influencées par ces théories : par exemple Fleming envisage les cas où le comédon est le fait dominant ; ici le bacille serait seul en cause, et le vaccin utile tiré de ses cultures. Dans le cas où il existe des pustules, le bacille serait secondé par le staphylocoque, d'où nécessité d'un vaccin nouveau staphylococcique ajouté au premier. Enfin s'il existe une inflammation aiguë le vaccin staphylococcique doit agir seul.

Les résultats obtenus par Fleming paraissent encourageants, et nous trouvons la même opinion favorable chez les autres expérimentateurs, Western, Engman, Lasseur, Gilchrist, qui préconisent la méthode.

Cette longue et complète revue exposée, M. et D. donnent le résultat de leur pratique : ils sont moins optimistes, et considèrent cette cure de l'acné par les vaccins comme d'emploi exceptionnel.

Ils admettent trois groupes d'accidents acnéiques : dans le premier, caractérisé par de grosses pustules, disséminées, véritables furoncles, le bacille est difficile à trouver, et le staphylocoque pullule ; on usera d'un vaccin staphylococcique. Dans le deuxième groupe, les lésions sont indolentes, superficielles ; ce sont surtout des comédons enflammés, à bacilles, contre lesquels un vaccin bacillaire pourra agir quelquefois. Le troisième groupe comprend les lésions des deux autres ; les deux vaccins seront employés ensemble.

Il faudra en outre soigner l'état général, veiller au bon fonctionnement des divers appareils, lutter contre la dyspepsie, la constipation, faire appel aux médications classiques externes, et en particulier à la radiothérapie et à la radiumthérapie : mais on ne peut compter seulement sur la cure vaccinale.

La détermination de l'index opsonique ne paraît pas indispensable.

A l'enthousiasme des uns, les auteurs opposent une sage réserve : ils voient dans la méthode des vaccins, un bon adjuvant des médications classiques dirigées contre l'acné, mais non une méthode définitive et exclusive.

Elle est en effet compliquée, délicate, longue dans son emploi ; nous ne sommes pas convaincus de sa valeur : elle est intéressante dans le présent, mais que sera son avenir ? G. Petges.

Alliance de la vaccination au traitement de certaines dermatoses (The relationship of vaccine therapy to the treatment of certain diseases of the skin), par D. King Smith. *The journal of cutaneous of diseases,* août 1911, p. 432.

Acné. — 150 cas traités :

A. Dans les cas dus au bacille de l'acné ; doses de 5 millions, à deux reprises en une semaine : résultats souvent favorables, mais peu probants : on peut dire que cette vaccinothérapie est utile, sans plus.

B. Cas liés à l'infection bacillaire et staphylococcique : emploi d'un vac-

cin mixte, à la dose de 5 millions du bacille, et de 10 du straphylocoque blanc : résultats plus favorables qu'en A. 50 pour 100 d'amélioration sérieuse.

C. Cas liés au staphylocoque blanc : vaccin à la dose de 10 millions. Résultats excellents.

Furonculose. — 700 cas traités environ : doses de 125 millions de S. blancs, répétées 2 fois par semaine pendant 3 et 4 semaines. Bon résultat dans 90 pour 100 des cas.

Sycosis non parasitaires. — Bons résultats dans les cas aigus : doses de 125 millions de S. albus 2 fois dans une semaine.

Lupus vulgaire. — Mauvais résultat.

Erysipèle. — Excellents résultats. Il est inutile de préparer un vaccin individuel : il faut surtout un vaccin moyen, fait avec plusieurs malades : doses de 250 millions de streptocoques tués dans les cas graves, jusqu'à 5 millions dans les cas bénins, dès le premier jour ; le deuxième mêmes doses. Suivre pour se guider les signes psychiques, la lucidité par exemple, plus que la température, criterium infidèle.

Eczéma. — Résultats satisfaisants avec un vaccin de St. blanc dans les eczémas squameux ; le prurit s'atténue vite.

L'impression générale sur la valeur des vaccins microbiens paraît bonne — surtout en ce qui concerne le staphylocoque et le streptocoque.

G. Petges.

Le Gérant : Pierre Auger.

CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT.



TRAVAUX ORIGINAUX

DE LA MÉLANOSE CIRCONSCRITE PRÉCANCÉREUSE(1)

Par **M. W. Dubreuilh.**

C. — Mélanose conjonctivale et palpébrale.

Obs. XVIII (Fromaget) (2). — *Mélanose conjonctivale depuis 15 ans. Tumeurs mélaniques multiples* (résumée).

S. marchand ambulant âgé de 55 ans, d'apparence robuste et sans antécédents morbides notables, se présente le 25 novembre 1899, pour des tumeurs des deux paupières droites, qui ont apparu depuis six mois. Cependant sa femme avait remarqué, depuis 15 ans, des taches noires situées sur la partie externe de l'œil droit, taches très petites au début et qui se sont graduellement étendues.

Les deux paupières sont soulevées par des tumeurs sous-jacentes. La paupière inférieure porte sur son bord ciliaire une bande pigmentaire noirâtre se détachant nettement sur le blanc de la sclérotique, et débordant un peu sur la face cutanée. Sur la partie interne du globe oculaire à 3 millimètres de la cornée se trouve une petite tache noirâtre siégeant dans la conjonctive et mobile avec elle sur la sclérotique. A la partie supéro-externe la conjonctive bulbaire, depuis le cul-de-sac jusqu'au limbe présente une couleur noire ou brunâtre, formée par une foule de taches mélaniques disséminées, devenant de plus en plus confluentes et plus noires à mesure qu'on s'approche du fornix. La cornée est indemne ainsi que les parties internes de l'œil ; l'acuité visuelle est normale.

Sous la partie externe de la paupière inférieure se trouve une tumeur noire du volume d'une noisette, se prolongeant en dedans et en dehors par une série de tumeurs plus petites, mobiles avec la conjonctive. Entre les tumeurs se trouvent de nombreuses taches mélaniques de la conjonctive, surtout abondantes vers le bord ciliaire.

Sous la paupière supérieure une tumeur un peu plus grosse que celle de la paupière inférieure, noire, arrondie, pédiculée est insérée sur le cartilage tarse et lui adhère. Vers le cul-de-sac, la conjonctive est noire et semée de petites tumeurs noires dont quelques-unes empiètent sur la conjonctive bulbaire.

L'œil gauche est sain.

(1) Suite et fin, Voir page 130.

(2) Fromaget, *Société de médecine de Bordeaux*, 26 janvier 1900. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1900, p. 263.

Le malade se refusant à toute opération radicale on enlève huit des tumeurs les plus volumineuses et on cautérise les autres au thermo-cautère.

Examen microscopique (personnel). — Les pièces que j'ai eues entre les mains ne contiennent guère que de la tumeur avec quelques débris de la conjonctive.

La tumeur est pigmentée dans presque toute son étendue, elle est formée : 1° de grosses cellules néoplasiques ; 2° de petites cellules mononucléaires ; 3° de tissu conjonctif en petite quantité.

1° Les cellules néoplasiques sont généralement volumineuses mais très inégales et irrégulières ; elles sont assez souvent fusiformes et ne contiennent généralement qu'un seul noyau. Le protoplasma est peu visible sauf quand il est chargé de pigment. Le noyau est toujours volumineux, régulièrement rond ou ovoïde, assez clair, à structure réticulée, avec un gros nucléole rond.

2° Les mononucléaires infiltrent tout le tissu mais d'une façon inégale. En certains points ils forment des foyers denses et compacts, mais, même là, on trouve disséminées quelques grosses cellules néoplasiques.

3° Le tissu conjonctif est d'abondance variable. Il manque dans les points où l'infiltration lymphocytique est abondante ; ailleurs il forme un réseau assez serré de fibres fines dont les mailles sont occupées par des cellules néoplasiques isolées ou en petits groupes.

4° Le pigment est répandu un peu partout sous forme d'un sablé uniforme sur lequel tranchent des amas pigmentaires plus denses.

α) Les cellules néoplasiques contiennent presque toutes plus ou moins de pigment ; quelques-unes en sont littéralement bourrées mais le noyau est toujours respecté ; d'autres n'en contiennent qu'un sablé discret qui se trouve distribué surtout à la périphérie du corps protoplasmique ; β) on en trouve dans des cellules fusiformes ou rameuses bien différentes par leur forme et leur noyau des cellules néoplasiques ; γ) il semble enfin qu'il y ait du pigment extra-cellulaire disséminé.

Obs. XIX. — *Mélanose de la paupière. Tumeur mélanique* (Lafon et Teulières, résumée) (1).

Jeanne D..., 59 ans, se présente le 2 mars 1908, pour une tumeur de la paupière supérieure gauche.

Il y a environ 15 ans, la malade remarqua qu'elle avait sur la marge de la paupière inférieure gauche une petite tache noire bleutée qui se déplaça lentement vers l'angle externe. Il reste encore sur le bord ciliaire quelques petits points noirs très discrets. Quelque temps après, cette tache gagna la marge de la paupière supérieure.

En novembre dernier, la malade remarqua l'apparition d'une petite tumeur sous-cutanée, située dans le tiers externe de la paupière supérieure, à quelques millmètres du bord libre. Depuis lors, la tumeur s'est développée progressivement.

Actuellement, il existe dans cette paupière supérieure une tumeur indo-

(1) Lafon et Teulières, Sarcome mélanique de la paupière. *Société d'anatomie de Bordeaux*, 16 mars 1908.

lore, de consistance ferme, adhérente au tarse dans l'épaisseur duquel elle paraît développée ; sa surface est mamelonnée, et elle est recouverte par la peau, qui a conservé sa mobilité et son aspect normal ; en certains points, cependant, transparaissent des reflets bleuâtres. La tumeur bombe sur la face conjonctivale, qui est également mamelonnée, avec une coloration qui varie du gris au bleu. Les deux tiers externes de la paupière sont envahis sur une hauteur qui varie de 15 à 20 millimètres. La marge palpébrale est envahie dans sa moitié externe ; elle est épaissie, et dans sa partie qui avoisine l'angle externe les téguments ont une couleur franchement noire ; à ce niveau, les cils sont déviés et blanchis.

La tumeur paraît bien limitée à la paupière, et on ne perçoit pas de prolongements orbitaires. On ne sent pas de ganglions ni dans la région préauriculaire, ni dans la région sous-maxillaire. Le globe oculaire est absolument normal.

La malade a été opérée le 20 mars par M. le Pr. Badal, et j'ai pu examiner moi-même une partie de la pièce qui m'a été remise par MM. Lafon et Teulières après avoir été fixée au formol.

La tumeur forme une masse cellulaire dense, bien limitée et comme enkystée par le tissu conjonctif refoulé, Elle est formée, d'une part, par des cellules néoplasiques et, d'autre part, par des cellules mononucléaires infiltrées partout.

Les cellules néoplasiques proprement dites sont caractérisées par un protoplasma clair peu abondant et très indistinct, car on ne peut pas distinguer les cellules l'une de l'autre. Le noyau est volumineux, ovalaire, bien limité par une sorte de membrane nucléaire ; la masse du noyau plus claire, contient des granulations colorées, peu denses et un nucléole volumineux.

Toute la tumeur est infiltrée de mononucléaires à noyau petit, homogène, fortement coloré et un protoplasma très restreint presque invisible. Ces cellules sont infiltrées partout ; en certains points, elles prédominent, dissociant les cellules néoplasiques, ou même elles sont seules et forment des foyers.

Les capillaires sanguins, peu nombreux, sont creusés dans le tissu et réduits à leur endothélium.

La pigmentation n'est pas uniforme, mais est disposée par foyers où des grains brunâtres remplissent les cellules néoplasiques.

Le tissu conjonctif manque presque totalement, il se réduit à quelques ébauches de cloisons qui, partant du derme refoulé, pénètrent dans la tumeur et se perdent très vite en filaments réticulés.

Obs. XX (Fano)(1). — *Mélanose conjonctivale datant de plusieurs années ; tumeur mélanique ; opération ; récidive* (résumée).

M. B..., âgé de 53 ans, cordonnier, s'est présenté pour la première fois à ma Clinique en janvier 1867. A cette époque j'ai constaté l'existence de plusieurs taches de couleur sépia, d'une grandeur variable entre celle d'une tête d'épingle et d'une grande lentille, sur la conjonctive palpébrale inférieure et sur divers points de la conjonctive scléroticale de l'œil gauche.

(1) Fano, Mélanose et tumeur mélanique de la conjonctive. *Gazette des Hôpitaux*, 1872, p. 651; *ibid.* 1873, p. 156.

La tache la plus large est située près de l'angle interne de la conjonctive scléroticale. Toutes ces taches font corps avec la conjonctive, car elles se déplacent avec cette membrane. Indépendamment de ces taches, toute la conjonctive scléroticale était imbibée de sang lorsque je vois le patient pour la première fois le 2 janvier.

Cette ecchymose se résorba promptement. B... n'accuse aucune douleur. Il existe, de plus, une amblyopie congénitale, avec diminution dans l'acuité de la vision plus marquée à gauche qu'à droite. L'examen à l'ophtalmoscope démontre l'existence d'une scléro-choroïdite postérieure des deux côtés.

Dès que l'ecchymose de la conjonctive fut résorbée, B... renonça à tout traitement, et je le perdis de vue pendant cinq ans.

C'est le 4 avril dernier (1872) qu'il revint me consulter, parce qu'il s'était formé, depuis environ cinq mois, une tumeur vers la partie supéro-interne de la conjonctive scléroticale.

Je constatai que l'infiltration mélanique de la conjonctive oculo-palpébrale, sous forme de taches de couleur sépia, se présente avec les mêmes apparences qu'il y a cinq ans. De plus il y existe, à la partie supéro-interne de la conjonctive scléroticale, une tumeur constituée par deux portions : l'une comme pédiculée, du volume d'un haricot flageolet, de couleur vert sale, se continuant, vers le cul-de-sac oculo-palpébral supérieur, avec une autre tumeur du volume d'un gros pois, implantée dans l'épaisseur même de la conjonctive. La portion flottante de la tumeur cache un peu la partie interne de la cornée sans lui adhérer. La consistance de la masse morbide est celle du squirrhe. Pas de douleurs dans la tumeur ; sensation de gêne et de larmoiement. La vision de l'œil gauche est restée au même degré que par le passé. Pas d'adénite parotidienne ni sous-maxillaire, santé générale bonne.

Je pratique l'ablation de la tumeur en deux temps.

L'opération n'est suivie d'aucune inflammation ; la plaie conjonctivale se recouvre bientôt d'un exsudat blanchâtre indiquant un commencement de cicatrisation, et le patient quitte ma Clinique le 10 avril.

Le sujet s'est présenté de nouveau à ma Clinique le 13 janvier 1873, pour une récidive de l'affection, récidive qu'il a constatée en octobre, c'est-à-dire six mois après la première opération.

Il existait alors deux tumeurs. La première présente la forme et le volume d'un gros haricot flageolet. Elle est complètement logée dans le cul-de-sac conjonctival inférieur et recouverte par la paupière inférieure. Elle est entourée de tous côtés par la conjonctive et paraît s'être développée dans l'épaisseur même de cette membrane. La seconde, située à 3 millimètres environ au-dessous de la caroncule lacrymale, se présente sous la forme de deux hémisphères ayant chacun le volume d'une grosse lentille, accolés l'un à l'autre sans être adhérents, mais simplement réunis à leur partie inférieure par un petit tractus très étroit de conjonctive infiltrée de pigment. La surface des deux saillies qui forment la tumeur est lisse. La production morbide est de couleur gris cendré un peu foncé et la consistance assez ferme pour que le tissu ne s'en laisse pas facilement écraser avec le doigt ; elle est entourée de tous côtés par une membrane qui n'est autre que la conjonctive infiltrée de pigment.

Les deux tumeurs repullulées furent enlevées le 13 janvier de cette année (1873). La cicatrisation des plaies se fit rapidement.

Obs. XXI (Dor) (1). — *Mélanose de la conjonctive datant de 3 ans, consécutive à un traumatisme.*

La malade, âgée de vingt-huit ans, a reçu il y a quatre ans un coup sur l'œil droit, qui a été ecchymosé pendant quelque temps. Un an plus tard apparaît sur la conjonctive bulbaire une petite tache noirâtre qui, depuis, s'est lentement développée. Aujourd'hui la coloration, semblable à celle qui résulterait d'un emploi trop prolongé du nitrate d'argent, s'étend sur un tiers de toute la conjonctive du globe oculaire et sur celle de la paupière inférieure. Une ligne de démarcation très nette sépare la partie malade de la conjonctive saine. Une légère infiltration s'élève jusqu'au milieu de la cornée et occasionne un trouble de la vue qui a engagé la malade à venir consulter. Nulle part il n'y a de tumeur apparente, et même au microscope on ne voit pas autre chose qu'une infiltration du tissu conjonctival par de nombreuses cellules pigmentaires. L'œil gauche est tout à fait sain. La pigmentation n'a fait qu'augmenter et depuis six mois elle envahit toute la cornée. Si la marche continue à être progressive et aussi rapide, dans quelques mois il faudra procéder à l'énucléation de l'œil et à l'enlèvement de toutes les parties pigmentées de la conjonctive.

Obs. XXII (Bimsenstein) (2). — *Mélanose de la conjonctive et de la cornée.*

P. B..., cinquante et un ans, se présente le 4 mai 1879 à l'Hôtel-Dieu, à la consultation de M. le Pr. Panas. Aucun antécédent.

Son attention a été attirée il y a vingt-cinq ans sur l'existence d'une petite tache noire siégeant à l'œil droit, un peu en dehors du rebord cornéen. Cette tache s'est agrandie peu à peu avec une extrême lenteur, n'occasionnant jamais aucune douleur ni aucun trouble de la vision.

Aujourd'hui, une tumeur noirâtre apparaît à la région antérieure et extérieure de l'œil droit. Elle est située à la jonction de la sclérotique et de la cornée, envahissant surtout la première de ces membranes et s'étendant de 1 centimètre environ sur la seconde. Elle a une forme irrégulièrement conique et la base de ce cône présente une largeur de 2 centimètres environ. La surface, lisse à la partie inféro-interne, est parsemée de saillies et de dépressions sur le reste de son étendue ; elle n'est le siège d'aucune sécrétion, ni d'aucune douleur même à la pression.

La cornée, sauf les points envahis, paraît lisse et polie, mais à l'éclairage oblique on constate une petite traînée grisâtre dans ses couches superficielles et s'étendant horizontalement au niveau du bord inférieur de la pupille.

Toutes les autres parties de l'œil sont intactes.

M. le Pr. Panas porte le diagnostic de mélano-sarcome et se préoccupant plus de la tumeur que de l'accident moins grave qui l'accompagne, il en

(1) Dor, Pigmentation mélanique de la conjonctive. *Société des Sciences médicales de Lyon*, 1878. *Comptes rendus*, p. 61.
(2) Bimsenstein, Du mélano-sarcome de la région antérieure et extérieure de l'œil, obs. I. *Thèse* de Paris, 1879.

propose l'extirpation au malade, mais celui ci ne veut pas consentir à une opération dont la gravité lui semble peu en rapport avec la bénignité qu'il attribue à son affection.

Le malade, quittant Paris, est complètement perdu de vue.

Obs. XXIII (Hutchinson) (1). — *Mélanose de la paupière et de la conjonctive. Tumeur consécutive.*

Mme P..., âgée de 60 ans, présente une tache noire qui a débuté sur la paupière inférieure droite, s'est étendue sur la conjonctive palpébrale, puis bulbaire et atteint maintenant la partie inférieure de la cornée. Sa couleur est noire sur la peau et bistre foncé sur la muqueuse ; sa surface ne présente aucune papillomatose. Il y a quelques taches analogues sur la paupière inférieure gauche.

Deux ans après, la mélanose ayant graduellement augmenté d'étendue, il est survenu sur le bord de la paupière une petite tumeur maligne qui n'est pas mélanique. En deux mois (juin 1893) cette tumeur atteint le volume du bout du doigt. Elle a été excisée et n'a pas reparu.

Les yeux de cette malade sont reproduits dans la planche CVI.

Examen microscopique. — Les coupes sont perpendiculaires au plan de la paupière. Au milieu de la paupière, à égale distance de la peau et de la muqueuse se trouve une masse de cellules très pigmentées, remplies de granulations brunes ou noires, ces cellules sont très variables, souvent fusiformes, plus souvent arrondies ou ovalaires ; quelques-unes sont assez grosses pour suggérer une origine épithéliale et comme elles forment des groupes entourés de tissu conjonctif elles rappellent la structure du cancer. Cependant l'ensemble de la tumeur a plutôt la structure du sarcome. Au milieu, le muscle orbiculaire a disparu mais les glandes de Meibomius, les glandes sébacées et sudoripares persistent. Les cellules néoplasiques s'infiltrent dans le sarcolemme des fibres musculaires et les détruisent. Le pigment est surtout abondant au centre de la tumeur.

On trouve encore du pigment sous la peau et sous la muqueuse formant une mince couche de cellules, ovales ou piriformes sous l'épithélium, mais tout à fait distinctes de lui.

Obs. XXIV (Talko) (2). — *Mélanose de la conjonctive consécutive au trachome. Malignité précoce* (Résumée).

Homme de 22 ans, atteint de trachome ancien qui a laissé des opacités cornéennes à gauche. En 1890 il remarque une petite tache noire au milieu de la paupière inférieure. Pendant l'été de 1894 on remarque une teinte noire assez étendue du bord ciliaire de la paupière inférieure gauche et de la partie voisine de la conjonctive. Peu de temps après se développe un petit bouton au milieu du bord palpébral, ce petit bouton s'accroît rapidement et saigne facilement. En même temps la mélanose s'étend sur la conjonctive des deux paupières. En novembre 1894 on fait une première opération, suivie de plusieurs autres nécessitées par des récidives. Finalement

(1) J. Hutchinson, *Archives of Surgery*, t. III, p. 319 ; t. V, p. 253. *Smaller atlas of clinical Surgery*, pl. CVI (figure moyenne et inférieure gauche).
(2) Cité par Capdeville, *Thèse* de Bordeaux, 1910-1911.

le malade mourut d'une récidive parotidienne. L'examen microscopique montre un cancer mélanique.

Obs. XXV (Valude) (1). — *Mélanose palpébrale et conjonctivale ; longue durée ; déplacements.*

Femme âgée de 53 ans, atteinte depuis 27 ans d'une pigmentation noirâtre des 2 paupières de l'œil droit ainsi que d'une tache bleuâtre siégeant sur la conjonctive dans le cul-de-sac inférieur du même œil près de l'angle interne. La peau des paupières au niveau des taches est en certains points sèche et un peu écailleuse. Il existait à la paupière inférieure un petit papillome et à l'aile du nez un petit cancroïde, tous les deux compris dans la tache pigmentaire. Je les ai excisés et il n'en reste plus trace.

La limite des taches palpébrales est un peu confuse, d'après la malade, elles ont souvent changé d'aspect et d'étendue.

Actuellement elles comprennent au niveau de la paupière supérieure le tiers externe environ, presque la totalité de la paupière inférieure et la région du sac lacrymal en débordant en bas sur l'aile du nez, c'est à ce niveau qu'existait la tumeur cancroïdale. Les bords de ces taches sont indistincts. Les taches ont tendance à s'effacer si on les frotte avec un linge imbibé d'huile, mais elles résistent au lavage à l'eau.

Obs. XXVI (Capdeville) (2). — *Mélanose simple de la conjonctive. Extirpation* (Résumée).

Femme de 30 ans. Elle a remarqué il y a 10 ans et par hasard un petit point de la grosseur d'une tête d'épingle, de couleur jaune foncé, situé sur la partie externe de la conjonctive de l'œil droit et caché sous la commissure externe. Cette tache a augmenté de volume lentement au début puis plus rapidement.

Il y a deux ans son médecin lui a fait une cautérisation qui n'a pas modifié l'aspect de la tache, mais c'est depuis ce moment qu'elle a grandi plus rapidement et a gagné le limbe cornéen. Elle n'a jamais ressenti aucune douleur, elle accuse simplement une sensation de pesanteur de temps à autre et prétend-elle, lorsqu'elle s'approchait du feu, il lui semblait que l'œil droit se chauffait plus que l'autre.

Jamais elle n'a été autrement malade. Sur le reste de son corps elle ne présente ni nævi ni taches pigmentées. Rien à noter du côté de ses ascendants ou collatéraux. Il n'y a jamais eu de cas de cancer dans la famille.

Lorsqu'on examine l'œil droit, on constate au niveau de sa muqueuse bulbaire une coloration sépia plus foncée à certains endroits, occupant tout le segment externe depuis la commissure des paupières qui est intacte, jusqu'au limbe dont elle contourne la partie supérieure et au niveau desquels elle présente une bande de couleur plus foncée. Elle suit les mouvements qu'on imprime à la conjonctive. Il n'y a pas de surélévation appréciable à l'œil nu. Pas de pigmentation de la sclérotique, pas de ganglion, le fond de l'œil est normal.

Excision de la plaque mélanique.

(1) Valude, *Société d'ophtalmologie de Paris,* 1905.
(2) Capdeville, De la mélanose conjonctivale. *Thèse* de Bordeaux, 1910-1911, obs. XV, p. 50.

La malade revue deux mois après, va bien, la cicatrisation est complète mais il reste encore quelques points pigmentés sur le limbe cornéen et à la partie supéro-externe de la conjonctive bulbaire.

La pièce excisée a été examinée par M. Muratet après fixation par le formol. Voici ses conclusions :

« En résumé nous pensons qu'il s'agit ici d'une lésion congénitale à laquelle l'étiquette de nævus pigmentaire de la conjonctive, avec kyste épithélial pigmentaire sous-jacent, paraît particulièrement s'adapter.

« La présence de nombreuses cellules pigmentaires caractéristiques des nævi au sein de cette production suffit à elle seule à justifier cette dénomination. Bien que les cellules épithéliales soient bourrées de pigment, nous ne pouvons dire qu'il s'agit ici d'un épithélioma. En aucun point nous ne trouvons de prolifération exagérée des cellules épithéliales, en aucun point la membrane basale n'a été franchie et les cellules épithéliales n'ont, sous forme de bourgeons néoplasiques, pénétré dans le tissu conjonctif sous-jacent. L'épithélium n'a pas non plus proliféré vers l'extérieur. Dans les points où il semble épaissi, cet épaississement n'est qu'apparent, les cellules épithéliales ne sont pas plus nombreuses qu'ailleurs, mais elles sont repoussées par une quantité parfois considérable de cellules næviques. »

D. — Mélanose de la muqueuse buccale.

Obs. XXVII (Willett) (1). — *Mélanose de la bouche. Tumeur maligne consécutive.*

La malade est une femme de 40 ans. Elle a remarqué depuis une quinzaine d'années des taches noires de la muqueuse buccale qui se sont graduellement étendues sur les gencives, dans le sillon gingivo-génien et sur la joue. Elle les attribue à l'irritation par un dentier. Pendant longtemps il n'y a eu que de la pigmentation. Mais depuis deux ans les gencives sont devenues fongueuses. Il y a six mois on a enlevé une partie des gencives malades, mais la lésion a aussitôt récidivé.

Actuellement (mai 1891) la gencive présente des végétations papillomateuses d'un noir d'encre. Dans les endroits où les dents manquent, les gencives sont ulcérées mais n'ont pas un mauvais aspect. Dans les parties voisines des joues et des lèvres il y a des taches d'un noir de charbon, sans le moindre épaississement de la muqueuse, ressemblant aux taches de la muqueuse du chien mais plus noires.

M. Willett extirpa les gencives malades et le plus possible de la muqueuse mélanique. Il n'y avait pas de ganglions.

Obs. XXVIII (Roy) (2). — *Mélanose du palais d'origine tranmatique. Tumeur maligne consécutive.*

Homme de 43 ans, forgeron. En 1885, il se fait une petite blessure du

(1) Obs. rapportée par J. Hutchinson, *Archives of Surgery*, IV, p. 61. H. dit que l'obs. complète sera publiée par Willett mais je n'ai pas pu la trouver.

(2) J.-N. Roy, Primary melanosis of the palate naso-buccal fistula, of recent sarcomatous origin. *Medical Record*, 1907, II, 730.

palais avec un tuyau de pipe, la blessure guérit sans laisser de traces. En 1886 il remarque sur le raphé médian du palais un petit point noir de trois millimètres de large sans relief et indolent.

Douze ans après, en 1898, la tache avait un diamètre de 6 millimètres, elle ne faisait aucun relief mais paraissait un peu rude au toucher avec la langue. On y fait des applications de teinture d'iode et dès ce moment la tache devient un peu douloureuse et se met à grandir rapidement.

Quatre ans plus tard, en 1902, la pigmentation noire couvre tout le palais osseux, sa surface est un peu mamelonnée, elle est un peu douloureuse.

Un jour il s'aperçoit d'une fistule naso-buccale qui, encombrée par les bourgeons n'est pas gênante. Par la rhinoscopie on trouve de la rhinite hypertrophique, mais pas de mélanose des fosses nasales. Le sinus maxillaire gauche est un peu obscur. Rien à la peau ou dans les viscères. Pas d'adénopathie notable.

L'examen d'un fragment excisé montre le tissu sous-muqueux rempli de cellules de volume variable, rondes ou irrégulières, tantôt très tassées, tantôt clairsemées. Les noyaux sont de forme variable, il n'y a pas de mitoses. Les espaces intercellulaires sont remplis d'une substance granuleuse. Le pigment est intra ou extra-cellulaire.

En novembre 1906, la lésion a encore augmenté d'étendue, la voûte palatine nécrosée fournit des séquestres osseux.

Le malade a refusé l'intervention que le chirurgien lui proposait sans conviction.

E. — Mélanose des extrémités.

Les cancers mélaniques des extrémités sont fort communs, mais le plus souvent la maladie débute d'emblée par une tumeur ou bien la tache mélanique ne précède la tumeur que de quelques semaines ou de peu de mois. Ces faits-là ne sont pas essentiellement différents de ceux dont je m'occupe ici puisqu'il s'agit toujours en somme d'un carcinome mélanique se produisant plus ou moins vite mais l'évolution est différente et il n'y a pas de phase précancéreuse. Il y a du reste tous les intermédiaires entre les cas où la mélanose reste simple très longtemps comme dans le cas de l'observation XXIX et ceux où la tumeur se développe d'emblée. En général, aux extrémités la phase précancéreuse est plus courte qu'à la face. Je ne rapporterai ici que des cas où elle a été bien marquée.

Je laisserai aussi de côté tout un groupe de faits très intéressants mais où l'on ne peut pas distinguer de phase précancéreuse, c'est le panaris mélanique. Dès le moment où l'on voit apparaître un liséré noir à la racine de l'ongle, le carcinome existe et sa marche est rapide.

Obs. XXIX. — *Mélanose de l'éminence thénar. Examen microscopique.*

Mme D..., 55 ans, blanchisseuse, se présente en mai 1902. Elle a remar-

qué il y a cinq ou six ans une tache brune sur sa main. Cette tache était presque aussi grande que maintenant, et aussi foncée, tout à fait indolente. Il n'y avait ni induration ni modification de la peau autre que le changement de couleur. Cette plaque brune est restée presque sans changement jusqu'en ces derniers mois; tout au plus a-t-elle grandi d'un centimètre vers la racine du pouce. Depuis trois mois environ, se sont montrées des crevasses un peu douloureuses, et depuis quelques jours sont survenus quelques boutons d'où est sorti un liquide clair.

L'éminence thénar de la main droite est presque tout entière occupée par une plaque brune, un peu plus grande qu'une pièce de cinq francs, à peu près arrondie. Sa teinte est inégale, marbrée, et, par l'examen des parties périphériques, on voit qu'elle se compose de macules de 5 à 10 millimètres, elles-mêmes constituées par le groupement de petites taches et de piquetures de teinte variable allant de la teinte café au lait au brun foncé; l'ensemble forme des taches brun sépia ou parfois ardoisées. Dans ces parties, il n'y a pas d'autre altération de la peau que la pigmentation qui offre les mêmes caractères sur la partie dorsale et sur la partie palmaire de l'éminence thénar.

Au centre de cette plaque, la teinte brune est masquée en partie par d'autres altérations. L'épiderme est épaissi, opaque, en partie desquamé et formant des lambeaux irréguliers qui se laissent parfois arracher en découvrant un derme mince et rouge. En un point, se trouve une petite ulcération large comme un grain de chènevis, blafarde, pâle, laissant suinter un liquide clair incolore. Les bords de cette petite ulcération sont décollés, l'exploration en est douloureuse. A côté, se trouve une petite cicatrice ronde percée dans une plaque d'épiderme épaissi et paraissant provenir d'une lésion analogue. Toute cette partie centrale de la plaque offrant la largeur d'une pièce de un franc est épaissie, indurée, infiltrée. Cette induration est nettement dermique et le très médiocre épaississement de l'épiderme n'y est pour rien. Dans toute cette partie centrale on voit des marbrures ardoisées.

Ganglions axillaires indemnes. Il n'y a pas de taches ailleurs sur le corps. La muqueuse buccale présente quelques taches brun pâle, une à la commissure gauche, une à la partie droite de la lèvre inférieure, une plus petite et plus foncée au milieu.

10 juin 1902. Extirpation de toute la tache brune, en mettant à nu les muscles de l'éminence thénar. Pansement à plat.

Sur la pièce excisée on voit que le derme est pénétré par des îlots noirs ou ardoisés étalés en lentilles sous l'épiderme.

24 juin. La plaie bourgeonnante est couverte de greffes de Thiersch prises sur la cuisse.

8 septembre. Les greffes tiennent bien mais se sont notablement rétractées.

Novembre 1902. Le greffon a cessé de se rétracter et mesure environ 3 centimètres dans tous les sens. La peau qui le constitue se gerce facilement au contact de l'eau. La malade peut cependant faire son métier de blanchisseuse.

Il y a vers le pouce une petite tache ardoisée.

Janvier 1903. La tache noirâtre située sur le pouce s'étend un peu.

Janvier 1906. La tache noire du pouce a grandi et envahit l'extrémité terminale du greffon.

Octobre 1906. On trouve maintenant deux taches noires, l'une en arrière du greffon à la base de l'éminence thénar, limitée en avant par la cicatrice, l'autre en avant du greffon vers l'extrémité du pouce. Cette dernière, plus grande, s'est étendue d'une part vers l'extrémité du pouce, d'autre part vers sa racine, franchissant la cicatrice et envahissant le greffon sur une étendue de 1 centimètre carré. Sur le greffon la tache noire présente le même aspect qu'ailleurs, teinte noirâtre et aspect marbré; nulle part elle ne présente la moindre infiltration.

8 février 1908. Les taches noires se sont considérablement étendues et ont conflué sur le greffon. Il en résulte une plaque mesurant 7 centimètres sur 4 centimètres couvrant toute l'éminence thénar de la main droite, une partie de la première phalange du pouce et s'étend jusque sur la face palmaire du poignet. Son contour est irrégulier, sa couleur noirâtre est assez uniforme comme teinte, mais n'est pas homogène étant disposée en fines marbrures. La pigmentation est évidemment très superficielle, car il n'y a aucune infiltration ni saillie, la peau a partout conservé son grain qui est soit celui de la peau normale, soit celui de la greffe, soit celui de la lisière cicatricielle qui les sépare. La pigmentation s'est notablement accrue dans ces derniers temps.

Radiothérapie, une séance de 7 à 8 H. environ les 8 et 22 février 1911.

7 mars. Réaction assez vive survenue trois jours après la dernière séance; la peau est rouge, excoriée, suintante; sensation de brûlure douloureuse.

1er avril 1908. La radiodermite est guérie. La pigmentation a presque disparu dans toute la partie traitée, elle se réduit à une teinte d'un gris pâle à peine visible, tandis que la partie située vers le talon de la main, qui n'a pas été traitée, est d'une teinte très foncée et presque noire par places.

2 mai. Les taches traitées ont à peu près disparu, mais il reste des taches noirâtres ou noires à la base de l'éminence thénar, soit sur le greffon, soit au delà.

Rayons X, 7 à 8 H. les 2 et 20 mai et puis 3 juin.

27 juin. Depuis 4 ou 5 jours est survenue un peu de dermite.

11 juillet. Les taches noires de la base de l'éminence thénar ont presque toutes disparu. La malade se plaint d'un point situé à l'extrémité distale du greffon où l'on trouve un point un peu empâté, large comme une lentille.

21 novembre. Il reparaît encore çà et là quelques petites taches pigmentées, assez pâles, tant sur le greffon que sur les parties voisines. Le point douloureux précédemment signalé persiste, il est le siège l'élancements intermittents. On y trouve une vague saillie large de 1 centimètre, un peu empâtée, mais non indurée. La peau qui le recouvre, et qui est de la peau greffée, ne présente aucune pigmentation. Rayons X, 8 H.

5 décembre. Pas de réaction. La tuméfaction a peut-être un peu diminué. Rayons X, 7 H.

17 décembre. Radiodermite assez accusée avec érosion.

30 mars 1909. La portion basale de l'éminence thénar et du lambeau

greffé présente une surface rouge vif, exulcérée au centre avec de la vésiculation au pourtour et de la desquamation écailleuse, très prurigineuse, surtout quand elle y touche ; cette altération paraît être de la radiodermite.

La petite plaque infiltrée persiste sans changement.

Toutes les taches noires ont disparu sauf 2 petits points à 2 millimètres de la racine de l'éminence thénar en dehors du greffon.

24 avril. La dermite persiste sur toute l'éminence thénar, la peau est rouge, dure, gonflée, avec érosions eczématiformes. Pommade à l'ichthyol.

17 juin 1909. Toute la partie moyenne de l'éminence thénar droite, exactement toute la partie autrefois excisée et greffée, est rouge, bosselée et squameuse. Elle est occupée par une plaque franchement dure, vaguement bosselée à la vue, mais nettement bosselée au toucher. Cette induration est superficielle, faisant corps avec la peau, mais ne s'enfonçant pas profondément. La bosselure la plus saillante et la plus épaisse correspond à l'empâtement lenticulaire remarqué dès l'année dernière. Vers la face dorsale du pouce la plaque néoplasique s'égrène en nodules à peine indurés, d'un rouge jaunâtre, jaunes par diascopie et ressemblant de tout point à des nodules lupiques. Au milieu de la principale bosselure est une ulcération creuse, presque sèche, grande comme une lentille. Toute cette partie d'apparence néoplasique est rougeâtre, squameuse, mais sans trace de pigmentation.

En revanche on trouve tout autour des taches de pigmentation noirâtre, sans aucune induration ou infiltration de la peau, et siégeant exclusivement sur la peau ancienne et non greffée, au voisinage immédiat de la greffe. Les taches les plus accusées sont à la face palmaire du poignet, puis viennent celles situées sur la face palmaire du pouce, enfin quelques très petites taches vers la paume de la main où il n'y en avait pas encore été signalé. Certaines parties de la zone périphérique présentent un aspect franchement eczématiforme qui est peut-être dû à de la radiodermite. Il y a des érosions punctiformes et de la desquamation.

8 juillet 1909. Excision de toute la partie malade y compris les zones pigmentées et même une partie du muscle abducteur du pouce. La perte de substance est comblée par un lambeau prélevé sur la face externe de la cuisse et fixé par des points de suture.

Après diverses péripéties le greffon prend très bien.

En octobre 1909, l'éminence thénar, très aplatie, montre le greffon bien conservé entouré d'une bande cicatricielle qui du côté de la paume atteint 1 centimètre de large. Les mouvements sont un peu gênés. Dans le pli entre le pouce et la paume, en dehors de la cicatrice se trouve un petit point noirâtre de 1 millimètre sur 2.

En février 1910 cette petite tache noire a disparu.

Janvier 1911. Aucune trace de mélanose. La petite tache précitée a disparu.

Examen microscopique. — Les deux opérations qui ont été pratiquées sur cette malade ont fourni un grand nombre de pièces qui permettent une description d'ensemble des divers stades de la lésion.

On peut distinguer tout d'abord deux groupes correspondant d'une part aux lésions simplement pigmentaires et d'autre part aux parties où l'infiltration est cliniquement appréciable.

I. — Les lésions du premier degré sont constituées par une pigmentation anormale et par une altération des cellules de la couche basale de l'épiderme. L'une et l'autre peuvent être isolées ou associées et sont disposées en foyers séparés par des intervalles de peau tout à fait saine.

A. En certains points on constate simplement une pigmentation anormale de l'épiderme. Le pigment, formé de grains bruns, très fins, infiltre les cellules de la couche basale qui ne présentent aucune autre altération.

Ce pigment est surtout localisé au pôle supérieur des cellules épidermiques. Il n'est pas limité à la couche basale, car on trouve des cellules pigmentées jusque dans la 3e ou 4e rangée, en pleine couche filamenteuse. On trouve encore dans l'épiderme des cellules allongées rameuses, s'infiltrant entre les cellules épidermiques, chargées de pigment et de fibrines pigmentaires, peut-être extra-cellulaires.

Dans les parties correspondantes du derme, on trouve à la partie superficielle de nombreux chromotaphores qui n'offrent pas avec les vaisseaux de rapports bien évidents. Ces cellules ne diffèrent guère que par la présence du pigment des cellules fusiformes habituelles du tissu conjonctif.

B. Les altérations cellulaires sont indépendantes de la pigmentation, se produisent souvent sans elle, et peuvent même arriver à un haut degré de développement.

Le noyau devient plus coloré, quelquefois un peu irrégulier.

Le corps cellulaire subit un processus de vacuolisation spécial. Les filaments protoplasmiques disparaissent totalement, ainsi que la membrane cellulaire externe. Le corps protoplasmique est remplacé par une large zone claire qui isole le noyau resté généralement au centre. Il reste bien autour du noyau une mince couche protoplasmique qui s'irradie tout autour en prolongements déchiquetés ou plutôt en minces lamelles anastomosées cloisonnant l'espace clair. Ce réseau protoplasmique prend très mal la plupart des réactifs colorants, sauf l'acide picrique ; il est donc à peu près invisible, à moins qu'il ne soit chargé de pigment. Ce processus de vacuolisation débute par un côté de la cellule mais l'envahit promptement tout entière, car il est très rare de rencontrer une cellule vacuolée d'un côté et ayant conservé de l'autre des filaments protoplasmiques. La cellule métaplasiée est donc claire avec un noyau nu au centre, elle est augmentée de volume et refoule les cellules voisines normales ; elle a totalement perdu sa structure filamenteuse. Quand plusieurs cellules métaplasiées sont voisines, elles ne sont séparées par aucune membrane cellulaire. Il arrive souvent que dans une cellule métaplasiée le noyau se multiplie et la vacuole contient alors un amas de noyaux.

Ces altérations cellulaires peuvent n'atteindre que des cellules clairsemées ou bien elles peuvent former des foyers d'une certaine étendue séparés par des intervalles de peau saine. D'un point à l'autre, il y a des différences dans l'intensité des lésions et aussi dans la pigmentation qui peut être nulle, moyenne ou assez accusée pour masquer toute autre altération.

En général, la métaplasie affecte avec prédilection les bourgeons interpapillaires de l'épiderme. Il arrive alors assez souvent que la plus grande parties des cellules étant atteintes et tuméfiées, l'ensemble forme un amas

appendu à la face profonde de l'épiderme, plongeant dans le derme qu'il refoule et dont les cellules fixes étalées et aplaties simulent un peu les parois d'un lymphatique dilaté.

Les cellules métaplasiées isolées ou groupées refoulent les cellules épidermiques voisines et font saillie aussi dans le derme, elles ont même tendance à s'isoler dans le derme en se détachant de l'épiderme. Cela est surtout frappant quand un bourgeon épidermique est atteint dans sa totalité. Il s'isole et le tissu dermique infiltré de lymphocytes pénètre entre les cellules altérées, à la base du bourgeon et le décapite. On trouve alors isolé dans le derme un amas de cellules métaplasiées ayant quelquefois entraîné avec lui un groupe de cellules non altérées, reconnaissables à leur protoplasma coloré et à leurs filaments d'union, avec un noyau généralement mal coloré.

Ces cellules métaplasiées sont quelquefois mais pas toujours chargées de pigment ; dans ce cas il y a toujours dans le derme voisin des cellules chromatophores fusiformes ou rameuses.

Quand les cellules métaplasiées sont isolées de l'épiderme, elles tendent à se ramasser, elles deviennent moins claires et leur protoplasma se colore mieux, mais elles conservent leur noyau assez régulier avec un gros nucléole.

Si les altérations épidermiques sont minimes, le derme sous-jacent est tout à fait normal à quelques chromatophores près. Quand la métaplasie cellulaire est plus accusée le derme est infiltré de mononucléaires et le tissu fibreux a presque disparu. Il n'y a presque pas de cellules plasmatiques. Des mastzellen se trouvent disséminés un peu partout.

II. — Dans les parties où à la pigmentation vient s'ajouter une induration dermique cliniquement appréciable et provenant de la première opération, l'infiltration lymphocytique du derme devient compacte et étendue.

Les altérations de l'épiderme sont plus étendues et accusées, et ne laissent pas d'espaces sains.

En certains points les altérations envahissent toute l'épaisseur de l'épiderme, on voit alors un large foyer de métaplasie perforer tout le corps muqueux et arriver au contact de la couche cornée.

Ailleurs, les cellules métaplasiées se séparent de l'épiderme, et s'isolent dans le derme infiltré. On les retrouve parfois assez loin, isolées ou par petits groupes, pigmentées ou non. Elles sont reconnaissables à leur noyau plus volumineux et plus granuleux que celui des cellules conjonctives et tout à fait semblable à celui des cellules épidermiques normales. Le protoplasma s'est tassé, il n'est plus vacuolé, il est finement granuleux et prend les couleurs acides comme l'éosine.

III. — Les parties indurées et d'apparence néoplasique qui ont été enlevées au cours de la seconde opération n'ont pas présenté la moindre trace de néoplasme à l'examen microscopique. On y trouve un épiderme normal et un derme épaissi, sclérosé, ayant envahi et étouffé le muscle sous-jacent dont on trouve des débris dégénérés, épars dans le tissu fibreux. Plus profondément, à la limite de la pièce, on retrouve des portions de muscle normal.

Il semble donc que ces parties indurées et épaissies sont constituées

non par du carcinome, mais par des altérations tardives de radiodermite.

IV. — Les portions eczématiformes de la périphérie ont été également excisées à la 2e opération. Des deux pièces examinées l'une provient de la région palmaire, l'autre de la région dorsale.

Le fragment de la région dorsale présente quelques parties pigmentées et une vacuolisation notable des cellules basales de l'épiderme. Cette altération ressemble un peu à la métaplasie précédemment décrite, mais elle est beaucoup moins typique. Elle n'a cependant rien de commun avec l'état spongoïde de l'eczéma. Dans le derme sont des traînées de cellules mononucléaires, les capillaires sanguins sont nombreux, dilatés et superficiels.

Dans la portion palmaire il n'y a plus trace de métaplasie ni de pigmentation ; l'épiderme est normal, mais dans le derme, près du sommet de certains bourgeons épithéliaux interpapillaires se trouvent des corps irréguliers, homogènes, colorés par l'éosine. Ce sont des amas de cellules épidermiques ectopiées et nécrosées, elles ont perdu leurs filaments d'union, le protoplasma et le noyau sont également acidophiles et colorés par l'éosine ; seules les cellules les moins éloignées de l'épiderme ont conservé un noyau basophile. Ce sont les vestiges de bourgeons épidermiques plus ou moins métaplasiés et décapités, probablement nécrosés par les rayons X.

Obs. XXX (Cruveilhier)(1). — *Mélanose de la paume de la main.*

Homme de 46 ans a remarqué depuis 7 ou 8 ans une tache noirâtre, ecchymotique, siégeant dans la paume de la main et survenue sans cause connue, et qui reste stationnaire pendant un an. Il survient alors en ce point une série de phlyctènes qui furent cautérisées au nitrate d'argent. Depuis un an la lésion est douloureuse. Une application de pâte arsenicale amène une guérison momentanée.

Quelques mois après survient une récidive sur les deux faces de la main qui est amputée et un an plus tard le malade meurt avec une généralisation de tumeurs noires sur tout le tégument et tous les viscères.

Obs. XXXI (Galloway) (2). — *Mélanose de la plante sous forme de bordure autour d'une érosion superficielle.*

Un homme de 61 ans vient à l'hôpital pour la première fois en avril 1897 pour une plaie de la plante droite qui persiste depuis quelque temps.

Depuis 5 ans il a remarqué que sous l'influence de la fatigue il se formait facilement une phlyctène à la face plantaire de l'avant-pied droit, toujours au même endroit ; cette phlyctène en se rompant laisse une érosion très passagère au début puis de plus en plus persistante. Depuis le début le malade a remarqué autour de la phlyctène un liséré noirâtre qui est allé en s'élargissant.

A son entrée à l'hôpital en avril on trouve une ulcération superficielle irrégulière occupant la base des 1er, 2e et 3e orteils, sa surface paraît n'être pas complètement dépourvue d'épiderme, l'érosion est entourée d'une bor-

(1) Cruveilhier, Anatomie pathologique du corps humain, 1842, d'après Gorgou. *Thèse* de Paris, 1897.

(2) J. Galloway, On a form of pathological pigmentation preceding malignant growth of the skin. *British medical Journal,* 20 octobre 1897, p. 873.

dure d'épiderme épaissi et d'une large zone érythémateuse. En outre elle est bordée sur tout son pourtour d'une bande de pigmentation d'un brun noir atteignant par place une largeur de un quart de pouce. Il n'y a pas le moindre épaississement néoplasique ; pas d'adénopathie, pas de pigmentation ailleurs.

Sur l'avis de la Société dermatologique de Londres on se décide à faire l'amputation du pied.

Examen microscopique. — A la surface de l'érosion, l'épiderme est abrasé laissant à nu le sommet des papilles, mais les bourgeons interpapillaires persistent partout.

En dehors de l'ulcération la principale altération est constituée par la pigmentation qui s'étend beaucoup plus loin que l'examen clinique n'aurait pu le faire supposer. A une certaine distance on trouve une pigmentation modérée siégeant à la fois dans le derme sous forme de cellules pigmentées rameuses et dans l'épiderme où il occupe surtout les couches profondes notamment au sommet des papilles. Plus près de l'ulcération le derme est infiltré de cellules, l'épiderme est plus chargé de pigments, ses cellules sont irrégulièrement proliférées, on ne retrouve pas la limite dermo-épidermique, les bourgeons interpapillaires sont allongés. On ne trouve nulle part de cellules de nævus.

G. discute s'il s'agit d'un sarcome ou d'un épithéliome et penche pour cette dernière hypothèse.

Obs. XXXII (Gilchrist) (1).

Un nègre de 58 ans a remarqué depuis 4 ans un petit point noir à la plante du pied droit, à 2 centimètres en arrière de la racine du 2e orteil. Cette lésion tout à fait indolente s'accroît lentement, atteint 2 centimètres de large et s'ulcère. Une extirpation de l'ulcère n'a pas empêché la généralisation.

L'examen microscopique des nodules de généralisation a montré qu'ils débutent profondément dans l'hypoderme et gagnent peu à peu vers la surface. Les lésions de l'épiderme sont purement passives.

Obs. XXXIII (Fordyce) (2).

Femme de 54 ans porte depuis plusieurs années une tache noire sur le bord interne du pied gauche près du talon. Depuis 2 ans cette tache s'est développée en une tumeur noire.

A l'examen microscopique on trouve la couche cornée très épaissie et contenant des amas de pigment. Couche muqueuse inégale avec des espaces intercellulaires dilatés et occupés par des dermatophores. Les papilles sont par places bien conservées et limitées ; ailleurs, elles sont renflées en massue et l'épiderme en est détaché. La néoplasie parait s'être développée aux dépens du corps papillaire, elle est disposée en colonnes perpendiculaires à la surface.

(1) Gilchrist, Malignant growths arising from pigmented moles. *Journal of cutaneous diseases*, 1899, 117.

(2) J. Fordyce, Melanomas and some lepus of sarcoma of the skin. *Journal of the American medical Association*, 8 janvier 1910, 90.

Obs. XXXIV (Boussion) (1). — *Mélanose de l'aisselle datant de 10 ans. Généralisation brusque et suraiguë.*

Mme D..., 67 ans, ménagère se présente à la clinique dermatologique de Bordeaux le 17 novembre 1902, se plaignant de vives douleurs dans l'aisselle droite où l'on trouve des macules noires et une tumeur profonde et un peu diffuse.

Il y a environ une dizaine d'années qu'elle a remarqué dans le creux de l'aisselle, des taches noirâtres dont elle s'est peu occupée en raison de leur parfaite indolence et dont elle n'a pas suivi l'évolution, la région se prêtant mal à l'observation personnelle.

Il y a à peu près un mois, vers le 15 octobre, à la suite d'une chute et d'une légère contusion du côté droit, cette femme ressentit une douleur assez vive au membre supérieur droit. La douleur s'irradiait dans le bras tout entier et paraissait hors de proportion avec le peu d'importance du traumatisme. C'est alors seulement que son attention fut attirée dans le creux de l'aisselle sur la tache noire dont jusque-là elle avait à peine eu conscience et qui semblait être devenue le siège de sa souffrance. C'est sur ce point de plus en plus douloureux qu'elle attire notre attention.

État actuel. — Nous sommes immédiatement frappé : 1° par la pigmentation anormale de la peau ; 2° par la tuméfaction sous-jacente ; 3° par la rougeur diffuse de toute la région.

1° *La pigmentation* siège à peu près au milieu du creux axillaire. Elle est constituée par des macules noires que la malade avait prises pour des nævi et dont elle ne s'inquiétait pas. Ces macules forment deux groupes. Tout à fait au centre du creux axillaire, quatre taches rapprochées les unes des autres décrivent assez bien une circonférence noirâtre dont le centre est occupé par une peau de coloration à peu près normale. Ces taches sont larges de 1 centimètre environ et longues de 2 à 3 centimètres. Un peu en dedans de ce premier groupe on peut voir une autre macule, isolée, de la grandeur d'un timbre ordinaire, à contours très irréguliers. Dans le premier groupe, les taches disposées en cercle entourent une peau un peu achromateuse et d'aspect légèrement atrophique, ce qui laisse supposer que la macule s'est étendue excentriquement, laissant une certaine atrophie cutanée dans les points qu'elle a abandonnés. En un point de ce cercle pigmenté existe une petite saillie moins large qu'une lentille, sans induration superficielle ni aucune infiltration sous-jacente. Sur la deuxième tache isolée, on remarque qu'un des bords est plus foncé, tranchant sur la peau saine. Vers l'autre bord, la teinte va en se dégradant, comme si la tache progressait par son bord le plus foncé : la peau ne présente cependant aucune atrophie. En aucun point ces taches ne donnent l'impression d'un néoplasme. Elles sont constituées par une simple pigmentation ; sans saillie, ni épaississement de la peau, et la seule altération de l'épiderme est le changement de couleur. Cette coloration varie depuis le brun grisâtre jusqu'au noir le plus foncé. Certaines parties rappellent assez bien des taches d'encre de Chine ; d'autres paraissent flétries, décolorées, laissant une teinte rappelant plutôt l'attouchement du nitrate d'argent. Les limites

(1) P. Boussion, Lentigo malin des vieillards. *Thèse* de Bordeaux, 1903, obs. I.

de ces macules sont frangées, irrégulières, et bien que la malade ne puisse pas affirmer d'une façon certaine qu'elles aient changé de forme, de place et d'étendue, il paraît évident qu'elles ont beaucoup grandi, depuis un mois surtout, date de sa chute.

Tumeur. — Au voisinage de ces macules, la paroi antérieure de l'aisselle fait saillie en avant ; on trouve là une tumeur du volume d'une mandarine, globuleuse, un peu empâtée au toucher et mobilisable quoique assez difficilement sur les parties profondes. La plus grande partie de la tumeur plonge dans la couche cellulo-graisseuse de la région, disparaît sous le bord externe du muscle grand pectoral et repose en partie sur le grand dentelé et la paroi thoracique et interne du creux axillaire. La tumeur est unique et présente une surface lisse, et les ganglions de la région paraissent peu engorgés.

La palpation est douloureuse ; elle réveille des élancements intolérables dans tout le membre. La santé générale paraît satisfaisante et les forces bien conservées. Aucun traitement sérieux n'a été suivi, sauf quelques applications de teinture d'iode.

D'ailleurs, la malade refuse d'entrer à l'hôpital pour se faire opérer ; nous devons nous borner à lui prescrire une pommade boriquée pour adoucir l'inflammation cutanée et à l'engager vivement à revenir à la Clinique.

A partir de ce moment, nous n'avons pu suivre comme nous l'aurions voulu, l'évolution de son mal.

Le 24 novembre, c'est-à-dire huit jours après, son état s'est quelque peu aggravé. Les macules n'ont pas varié sensiblement, mais la tumeur est un peu plus volumineuse et aussi un peu plus dure. Les douleurs sont devenues très vives et presque continues. Au point le plus saillant de la tumeur, la peau est très rouge, luisante, très enflammée. Malgré nos instances réitérées, la malade veut encore attendre pour se faire opérer.

Le 30 novembre, elle se décide enfin à entrer à l'hôpital. Il est malheureusement trop tard, car toute intervention est devenue inutile et même dangereuse.

Les douleurs sont de plus en plus violentes et empêchent tout travail. La tumeur atteint presque le volume d'une orange. La plus grande partie plonge sur le rebord du grand pectoral qui contribue à la fixer, surtout quand le bras se trouve en abduction. Toute la région, rouge, chaude et douloureuse, présente un empâtement considérable ; Il y a de l'engorgement ganglionnaire. Mais ce qui nous frappe le plus, c'est une généralisation cutanée avancée. Autour de la tumeur, plusieurs nodosités arrondies, bien circonscrites, rénitentes, du volume d'une noisette, glissent sous la peau à la simple pression. D'autres nodosités à peu près analogues sont situées un peu plus profondément dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Bien que l'état général ne soit pas encore trop mauvais, on écarte toute idée d'intervention et on ne tarde pas à la renvoyer chez elle. A partir de ce moment, l'affection a évolué avec une rapidité véritablement effrayante, et qui même a surpris ceux qui en avaient suivi les diverses phases.

En effet, quelques jours après, vers le 20 décembre et sans que nous

ayons pu revoir la malade, nous apprenons qu'elle a succombé chez elle après une semaine d'horribles souffrances.

Obs. XXXV (Crocker) (1). — *Mélanose de la poitrine.*

Un médecin de 45 ans avait remarqué depuis 22 ans une tache pigmentée sous la clavicule. Cette tache a pendant 20 ans grandi très lentement, puis plus vite, de sorte qu'il y a maintenant une plaque ovale de 6 centimètres sur 4 environ, saillante, avec une bordure de 3 millimètres, d'un noir intense, puis une zone pourprée et un centre de couleur normale... Depuis six semaines il s'était formé une ulcération en un point qui, depuis un an, était un peu squameux. Cette ulcération grenue, saillante, avait près de 1 centimètre et demi de large. Les ganglions de l'aisselle étaient légèrement tuméfiés.

La plaque fut tout entière excisée avec les ganglions.

La lésion cutanée offrait dans l'ensemble la structure d'un nævus pigmenté et il y avait aussi un point mélanique dans un des ganglions. Il y avait très peu de pigment dans la tumeur elle-même.

IV

Anatomie pathologique.

La lésion essentielle de la mélanose circonscrite précancéreuse est une altération des cellules basales de l'épiderme accompagnée le plus souvent de pigmentation.

On peut quelquefois observer une pigmentation simple de l'épiderme qui est peut-être un stade prodromique de la métaplasie cellulaire. Le pigment formé de grains très fins infiltre les cellules basales en se localisant surtout vers leur pôle supérieur et remplit même souvent des cellules plus haut placées, en pleine couche filamenteuse (obs. XXIX). On trouve en outre, entre les cellules épidermiques, des cellules rameuses chargées de pigment et dans les portions correspondantes du derme des cellules fusiformes ou rameuses, chargées de grains pigmentaires. Quelquefois entre les cellules métaplasiées se trouvent des cellules basales sans autre altération qu'une pigmentation anormale (obs. XI). Cette pigmentation simple n'est cependant pas un stade préliminaire obligé de la métaplasie, car celle-ci peut très bien se faire sans pigmentation aucune.

La métaplasie attaque les cellules basales individuellement et isolément. La cellule devient plus volumineuse et globuleuse, refoulant les cellules voisines, surtout si celles-ci ne sont pas elles-mêmes altérées.

(1) R. Crocker, *Diseases of the skin,* 3e édition, p. 955.

Le noyau devient plus gros et arrondi avec une sorte de membrane limitante plus colorée et un réseau chromatique irrégulier mais jamais de figures karyokinétiques. Il conserve toujours un nucléole très net assez volumineux et souvent un second nucléole plus petit. Ces nucléoles se colorent en rouge par l'éosine dans les coupes colorées par l'hématéine éosine, mais ils sont surtout mis en évidence par la méthode de Pappenheim car ils sont colorés en rouge par la pyronine alors que le reste du noyau est coloré en vert.

Le corps cellulaire, généralement fort augmenté de volume, est très clair et vacuolé, le protoplasme formant un réseau en éponge creusé de vacuoles incolores. Ce réseau protoplasmique est lui-même très peu colorable ; il ne prend guère en fait de colorants que l'acide picrique et il n'est bien visible que lorsqu'il est chargé de pigment, ce qui est au demeurant le cas le plus ordinaire. Extérieurement, le corps cellulaire est bien limité, comme le démontre le refoulement des cellules voisines mais sans qu'on puisse distinguer aucune membrane limitante.

Dès le début de l'altération, les filaments d'union et la structure filamenteuse de la cellule disparaissent complètement. Il est très rare de rencontrer une cellule qui, présentant d'un côté seulement des altérations métaplasiques, a conservé du côté opposé quelques traces de filaments d'union.

Les lésions cellulaires sont très inégalement distribuées, elles forment généralement des foyers d'étendue variable mais ne dépassant guère un ou deux millimètres. Dans ces foyers il y a des points de concentration ou bien les lésions sont étendues en nappe, frappant toutes les cellules basales ou seulement quelques-unes et laissant entre elles des cellules normales. Très souvent elles prédominent sur les bourgeons épidermiques interpapillaires. Pour peu que les lésions soient avancées, on voit la métaplasie atteindre non seulement la couche basale mais encore les cellules du cors muqueux.

Les cellules métaplasiques peuvent être englobées dans l'épiderme ou plus souvent tendre à tomber dans le derme.

Dans le premier cas, on peut quelquefois les suivre dans les couches supérieures de l'épiderme sous forme d'amas globuleux de pigment et elles aboutissent à être éliminées dans la couche cornée. Plus souvent elles forment dans l'épiderme des sortes de kystes microscopiques, amas globuleux et bien limités de cellules confondues avec un grand nombre de noyaux.

En général elles ont tendance à tomber dans le derme. On les voit alors faire saillie dans le derme, isolément ou par groupes et le tissu conjonctif dermique tend à s'insinuer entre elles et l'épiderme comme pour les capter. Ce processus est surtout visible dans les bourgeons épidermiques. La métaplasie attaque la base du bourgeon sur tout son

pourtour, le tissu dermique pénétrant entre les cellules altérées arrive à décapiter le bourgeon dont le sommet s'isole sous forme d'un amas de cellules métaplasiées, quelquefois avec un petit amas de cellules épidermiques non altérées, ayant conservé leur structure filamenteuse mais nécrosées et sans noyau colorable.

L'altération du derme la plus précoce est la présence de chromatophores, ce sont des cellules fusiformes ou rameuses chargées de pigment et dont la structure paraît fort analogue à celle des cellules conjonctives. Elle sont liées à la présence du pigment dans l'épiderme et non à la métaplasie des cellules épidermiques car l'épiderme peut être profondément altéré sans qu'il y ait de cellules pigmentaires dans le derme sous-jacent, si la métaplasie n'est pas accompagnée de pigmentation. En revanche on les trouve nombreuses au-dessous des points pigmentés sans métaplasie. Elles n'affectent pas avec les vaisseaux sanguins de rapports constants et semblent être de simples véhicules de pigment, soit pour le porter du derme à l'épiderme, soit, ce qui me paraît plus vraisemblable, pour emporter et éliminer le pigment fabriqué dans les cellules épidermiques. Il est à remarquer que dans la couche basale de l'épiderme altérée ou non le pigment est en grains très fins et assez égaux tandis que dans les chromatophores il est formé de grains plus gros et très inégaux.

Pendant toute la période du début le derme ne présente aucune lésion mais un peu plus tard il est le siège d'une infiltration de lymphocytes plus ou moins accusée. A ce moment, où cliniquement il existe une certaine induration, le processus métaphysique arrive à envahir par places toute l'épaisseur de l'épiderme qui est remplacée par une nappe de cellules toutes altérées, globuleuses et claires ou bien irrégulières, mal délimitées et contenant plusieurs noyaux, irrégulièrement orientées et sans aucune structure filamenteuse. Cette carcinomatose en surface arrive au contact de la couche cornée qui la recouvre sans aucune couche de transition, en attendant que sa chute laisse à nu une érosion suintante.

A la face profonde de l'épiderme, la limite dermo-épidermique est effacée par les altérations épidermiques et par l'infiltration lymphocytique du derme. Les cellules métaplasiées devenues cellules néoplasiques se détachent de l'épiderme isolément ou par petits groupes et s'infiltrent dans le derme, perdant tout de suite leurs connexions avec l'épiderme tégumentaire. Au contraire, dans les autres formes de précancérose, dans le kératome sénile ou la maladie de Paget par exemple, l'épiderme pousse dans le derme des végétations métatypiques en forme de bourgeons ou de tubes ramifiés bien distincts et qui restent en rapport de contiguïté avec l'épiderme qui leur a donné naissance.

Ces cellules s'égrènent donc dans le derme plus ou moins infiltré de lymphocytes, elles y changent un peu de caractère, leur protoplasma

devient plus homogène et se colore mieux, elles sont pigmentées ou non, de forme arrondie, assez volumineuses sans traces de structure fibrillaire, munies d'un noyau ovoïde assez volumineux, bien coloré et toujours muni d'un ou deux nucléoles assez gros et très nets, se colorant autrement que le noyau, prenant la pyronine rouge dans les préparations colorées au Pappenheim. Ce noyau est donc tout à fait semblable à celui des cellules métaplasiées de l'épiderme et à celui des cellules normales de la couche muqueuse. Il est très différent de celui des cellules conjonctives pigmentées ou non qui est plus petit et dépourvu de nucléole ou avec un nucléole très petit et difficile à voir. Ces caractères du noyau sont la marque de l'origine épidermique de ces cellules et on les retrouve dans les tumeurs consécutives.

La tumeur qui fait suite à la mélanose circonscrite précancéreuse est un carcinome. Tout en admettant son origine épithéliale, je crois qu'il doit être distingué de l'épithéliome, au moins en ce qui concerne les tumeurs de la peau. Dans le carcinome l'envahissement et l'infiltration des tissus voisins se fait par l'émigration individuelle des cellules néoplasiques qui ont perdu presque tous leurs caractères d'origine, leur forme est variable, leur protoplasme a perdu toute trace de la structure fibrillaire, le seul caractère d'origine qui persiste est la structure du noyau. Dans l'épithéliome, à quelque type qu'il appartienne, la néoplasie progresse surtout par bourgeonnement. Ce n'est que tardivement et partiellement qu'on voit s'infiltrer au loin des cellules isolées et indépendantes, et encore cela est-il exceptionnel pour les épithéliomes cutanés qui conservent habituellement pendant toute leur durée la structure tubulaire ou lobulée. Les cellules des épithéliomes conservent toujours des caractères épidermiques assez nets; même dans l'ulcus rodens, type des épithéliomes dits assez improprement baso-cellulaires, on peut trouver des traces de filaments d'union.

La cellule carcinomateuse est donc constituée par un noyau assez gros, ovoïde ou arrondi, où la chromatine est dispersée en grains et forme à la périphérie une sorte de membrane limitante très nette. Au centre de ce noyau est un gros nucléole, quelquefois double, coloré en rouge par l'éosine dans les préparations colorées par l'hématéine éosine et plus net encore dans les préparations colorées par la méthode de Pappenheim où le nucléole coloré en rouge par la pyronine tranche sur le reste du noyau dont la chromatine a pris le vert de méthyle. Le corps protoplasmique est infiniment variable comme volume et comme forme, tantôt très clair et spumeux, tantôt homogène, uniformément trouble et coloré. Il est souvent chargé de pigment en grains inégaux mais le noyau est toujours respecté, au moins quand on peut le voir, car le pigment est quelquefois assez abondant pour tout cacher.

La structure générale de la tumeur ne diffère pas du carcinome d'emblée ou du nævo-carcinome. Il est souvent alvéolaire et de très

minces traînées de tissu conjonctif, tapissées de plusieurs couches de cellules carcinomateuses cloisonnent incomplètement des alvéoles que remplissent des cellules très peu serrées si bien que dans le centre de l'alvéole les cellules sont dissociées et paraissent flottantes. Ailleurs les cellules plus pauvres en protoplasme, plus petites et plus tassées, avec des noyaux allongés parallèlement font un tissu compact d'aspect sarcomateux mais où manquent les mitoses et où les noyaux gardent les caractères sur lesquels j'ai insisté.

Parfois la tumeur est parcourue de grosses cloisons conjonctives formées de tissu fibreux plus épais mais infiltré de carcinome et où généralement le pigment est très abondant.

Le pigment se trouve surtout dans les cellules carcinomateuses. Souvent il manque totalement dans toute la tumeur ou dans certaines de ses parties. Dans les parties qui paraissent noires on trouve dans un même champ microscopique des cellules sans pigment, des cellules qui en sont bourrées et forment des blocs brun-foncé ainsi que tous les degrés intermédiaires. Il en est de même des cellules conjonctives, et en outre il existe parfois un sablé abondant de fines granulations brunes qui saupoudre uniformément toute l'étendue de la coupe.

Sur les limites de la tumeur on trouve des cellules carcinomateuses infiltrées au loin dans le tissu conjonctif refoulé. La tumeur même fournit des preuves de cette progression par infiltration et non par refoulement. Dans l'observation XI on trouvait en plein néoplasme des fibres musculaires striées provenant des muscles peauciers de la face dissociés et des amas simulant des globes épidermiques. Ces derniers ne sont pas dus comme dans l'épithéliome à l'évolution cornée du néoplasme mais à l'isolement, à la ségrégation de groupements épidermiques tels que glandes ou bourgeons épidermiques interpapillaires.

Une fois que le carcinome est constitué par l'émigration des cellules métaplasiées dans le derme et leur prolifération, l'évolution peut être plus ou moins rapide mais elle semble être fatale. Mais tant que les lésions en restent au stade précancéreux elles peuvent guérir spontanément. La clinique montre que la pigmentation peut disparaître en certains points (obs. II, VIII, IX, XXIV) ou totalement (obs. III), laissant une peau cliniquement normale. Cependant on trouve (obs. XI) en des points qui certainement ont été mélaniques mais ne le sont plus une certaine atrophie du derme et de l'épiderme avec aplanissement de la limite dermo-épidermique, sans traces de métaplasie cellulaire ou de mélanose. Il y a quelque chose d'analogue dans l'observation XXIX, mais l'intervention des rayons X peut en fournir une autre interprétation.

Les tumeurs malignes n'apparaissent pas toujours sur les parties mélaniques, elles peuvent naître en dehors d'elles et même à une certaine distance, en des régions qui ont été pigmentées et ne le sont plus

ou qui ne l'ont jamais été; c'est un point qu'il est impossible de préciser. Deux hypothèses sont possibles : ou bien la régression n'a porté que sur la pigmentation et la métaplasie a persisté, ou la métaplasie s'est développée sans mélanose et sans se traduire par aucun signe clinique jusqu'au jour où le carcinome est apparu.

Le stade prodromique, précancéreux du carcinome cutané n'est appréciable cliniquement que par la mélanose. Or celle-ci est un phénomène contingent puisque le carcinome peut naître à côté de la mélanose en des points qui ne sont pas ou ne sont plus mélaniques et que le fait essentiel, la métaplasie cellulaire de l'épiderme, peut se faire sans pigmentation. D'autre part, on voit des carcinomes naître d'emblée sur une peau saine ou d'apparence saine. Il est très possible que dans ces cas il y ait eu un stade précancéreux non mélanique ne se traduisant par aucun symptôme clinique. Il peut donc exister des précancéroses latentes et purement histologiques (1).

Le processus de métaplasie cellulaire qui constitue le substratum histologique de la mélanose circonscrite précancéreuse offre une analogie frappante avec le nævus mou. Là aussi l'on voit des cellules basales de l'épiderme se tuméfier, perdre leurs filaments et émigrer dans le derme. Elles s'y multiplient très lentement et constituent des tumeurs bénignes de structure analogue à celle du carcinome. Dans certains cas, très rares par rapport à la fréquence excessive du nævus mou, il se développe un carcinome qui a exactement la même structure et la même allure clinique que le carcinome primitif ou consécutif à la mélanose. Le nævus mou est donc aussi une précancérose puisque c'est une lésion offrant une structure analogue à celle du carcinome, pouvant persister indéfiniment à l'état d'affection bénigne ou prendre brusquement une allure maligne, non par transformation mais par évolution.

Si nous considérons dans son ensemble la genèse du carcinome cutané, nous voyons qu'il est généralement la conséquence d'une lésion précancéreuse prodromique plus ou moins évidente et plus ou moins durable. Il peut être précédé par un nævus mou, pigmentaire ou non, datant de l'enfance et qui ne change d'allure que cinquante ans plus tard. Il peut être l'aboutissant d'une mélanose circonscrite datant de 10 ou 20 ans. L'évolution peut être beaucoup plus rapide et la mélanose aboutir au cancer après une durée de quelques mois. Dans le carcinome mélanique d'emblée, la macule noire sitôt apparue se développe en tumeur maligne. La pigmentation n'est pas un phénomène nécessaire; le nævus mou non pigmenté peut évoluer en carcinome tout

(1) Ce fait est intéressant à retenir au point de vue du développement de l'ulcus rodens de la face qui apparaît sans aucune lésion précancéreuse appréciable. Il peut exister des précancéroses invisibles cliniquement.

aussi bien que le nævus pigmenté; le carcinome primitif de la peau non mélanique ou ne le devenant que consécutivement peut débuter d'emblée sur une peau d'apparence saine, mais il est cependant très possible que même dans ces cas il y ait un stade prodromique latent.

Le carcinome est une tumeur éminemment et constamment maligne mais sa malignité n'est pas toujours la même, et à côté des cas à marche aiguë comme dans l'observation XXXIV on en trouve d'autres où la marche est très lente, où la tumeur persiste des années en s'accroissant très lentement et où la guérison après opération semble définitive.

Pour ce qui est de la mélanose, tant qu'il n'y a pas de tumeur le pronostic doit être considéré comme bénin. Dans plusieurs des cas rapportés plus haut la mélanose durait depuis 15 ou 30 ans sans changer de caractère. Bien que la transformation maligne soit toujours menaçante, cette menace peut très bien ne jamais se réaliser. Dans les observations précédentes, au moins celles qui sont relatives à la face, on trouve 10 cas de tumeurs sur 17. Mais cette proportion assez forte ne correspond certainement pas à la vérité car la plupart des malades ne viennent voir le médecin que lorsque l'apparition d'une tumeur commence à les inquiéter. Le nombre doit être fort grand de ceux qui arrivent à la fin de leurs jours porteurs d'une plaque de mélanose dont ils ne se sont jamais occupés.

Traitement.

Le traitement de choix du carcinome paraît bien être l'extirpation chirurgicale. La destruction par les caustiques ou la radiothérapie ne sont pas sans efficacité mais ne me paraissent venir qu'en deuxième ligne. Quand le malade refuse une intervention radicale, il vaut mieux employer la pâte arsenicale ou les rayons X que laisser évoluer la maladie. Le traitement chirurgical peut échouer et être suivi de rechute mais dans ces cas les autres moyens n'auraient pas eu plus de succès. Les échecs sont dus à des rechutes à distance généralement dans les ganglions et se produisant quelquefois assez longtemps après. Les autres méthodes de traitement n'auraient pas arrêté cette propagation déjà faite au moment de l'opération.

La question intéressante est la conduite à tenir à l'égard de la mélanose elle-même. Doit-on extirper chirurgicalement toute plaque de mélanose, et doit-on, en enlevant un carcinome consécutif à une plaque de mélanose, enlever toute la plaque de mélanose elle-même.

L'opération chirurgicale ne me paraît pas justifiée à l'égard de la mélanose pure parce que sa transformation maligne est incertaine. L'opération entraînerait dans la plupart des cas un délabrement consi-

dérable et pour un danger qui n'est qu'éventuel. Il faudrait encore être assuré qu'elle est réellement radicale et qu'on dépasse certainement les limites du mal. Or ces limites nous ne les connaissons pas. Nous n'avons pas d'autre moyen de juger de l'étendue de la lésion que la pigmentation. L'anatomie pathologique montre qu'il peut y avoir des altérations menaçantes sans pigmentation et l'observation clinique montre de son côté que les tumeurs surviennent souvent en dehors de la mélanose. Si largement que l'on opère on n'est pas sûr d'avoir atteint le point qui sera dangereux. On n'est même pas sûr d'en avoir fini avec la mélanose. Celle-ci s'étend souvent par îlots naissant au voisinage. Après une opération même assez large on peut voir reparaître de nouveaux îlots. La maladie peut même faire des foyers à grande distance comme dans l'observation XIII où la mélanose a débuté à la paupière inférieure gauche, y a donné naissance à une tumeur puis s'est montrée à la partie inférieure de la joue droite.

Ce que je dis de la mélanose pure peut se dire aussi de la mélanose compliquée. Il faut enlever largement la tumeur qui existe, mais non toute la plaque mélanique, surtout si elle est étendue et si l'opération nécessite des délabrements considérables. L'utilité de l'opération est beaucoup moins certaine que ses inconvénients parce que on ne connaît pas les limites de la maladie, même approximativement. En revanche la radiothérapie peut être très utilement employée. Elle peut faire disparaître la mélanose et très probablement aussi les cellules en voie de métaplasie carcinomateuse.

TROISIÈME NOTE SUR L'INTERPRÉTATION DES LOIS DE L'HÉRÉDO-SYPHILIS

Par le Dr **Carle** (de Lyon).

Une première fois déjà, j'ai, dans ce journal, abordé la question des lois de l'hérédo-syphilis, au point de vue particulier de l'influence comparée des générateurs (février 1908, p. 93). L'observation clinique m'avait porté à croire que, dans ce legs héréditaire, la part de la mère était prépondérante, au point de réduire celle du père à quelques exceptions. L'expérimentation est venue depuis quelques années apporter un gros appoint à cette opinion, en démontrant la fréquence, encore plus grande qu'on ne l'aurait cru, des syphilis méconnues chez la femme. Si bien qu'il paraît à peu près démontré aujourd'hui, que la grande majorité des cas de syphilis héréditaires attribuées au père, sont plutôt le fait de la maladie de la mère, celle-ci n'ayant pas été diagnostiquée, ou ayant évolué discrètement, cas presque habituel chez la femme, même non traitée. J'ai discuté de très près, je crois, dans un second article (*Annales de Dermatologie,* février 1911, p. 72) les objections que soulevait cette manière de voir, et n'ai pas à y revenir aujourd'hui.

Au cours de ces travaux, j'ai été plusieurs fois amené à effleurer la question des lois fondamentales de l'hérédo-syphilis, loi de Colles, loi de Profeta (la première surtout, puisqu'elle est en somme basée sur la notion préalable de l'immunité maternelle). Sans aborder le fond de cette question, je n'ai pu m'empêcher chaque fois, de faire ressortir le caractère hypothétique de ces mystérieuses lois, et combien une autre explication serait plus simple. Constatant par les publications de ces deux dernières années, que cette opinion gagne du terrain, à l'étranger surtout, je crois le moment venu d'exposer le débat, et de soumettre ces lois, ou plutôt leur interprétation, à une critique sévère, basée sur l'observation et les résultats expérimentaux.

I. — Loi de Colles.

Et tout d'abord quelques mots d'historique :

Cette loi a été formulée par Baumès, en 1840, sous la forme suivante : « *Une mère ayant porté dans son sein un enfant syphilitique, qui doit l'infection au sperme du père, ne contracte pas, généralement, en nourrissant son propre enfant, la maladie syphilitique,*

comme pourrait la contracter une nourrice étrangère ». Le principe avait déjà été formulé, quoique sous une forme moins précise, par Colles, en 1837, peut-être même par Wallace en 1883. Quoiqu'il en soit, la large publicité que valurent à Colles les travaux de Diday a fait que la loi porte son nom.

On voit le très gros intérêt, théorique et pratique, de cette formule. D'une part elle implique pour le père la possibilité fréquente de transmettre la syphilis à son enfant sans contamination préalable de la mère. D'autre part, elle autorise expressément la mère à nourrir son enfant syphilitique, lors même qu'elle n'a pas présenté jusque-là de symptômes de la maladie.

Restons pour l'instant sur le terrain des *faits* : il est absolument indéniable que, dans l'énorme majorité des cas, *la mère*, quelle que soit son apparence de santé, *a le droit et même le devoir, d'allaiter son enfant malade, car il ést à peu près certain qu'il n'en résultera aucun dommage pour elle.* Depuis l'éloquent plaidoyer de Diday, exposé dans son ouvrage sur la Syphilis des nouveau-nés, les observations ne se comptent plus, qui ont prouvé la véracité de ce principe. Quelques expérimentations, un peu risquées peut-être, avaient également démontré entre les mains de Caspary, puis de Newmann, que l'inoculation de sécrétions spécifiques sur les mères, saines en apparence, d'enfants syphilitiques n'avaient donné aucun résultat.

Comme toute bonne loi, celle-ci a ses *exceptions*. De temps à autre, un enfant dûment syphilitique lègue à sa mère un incontestable chancre du sein. Au congrès allemand de 1897, Finger réunissait une vingtaine de cas de ce genre. A ma connaissance, on en a publié une quinzaine depuis cette époque. Ce chiffre est insignifiant, et n'infirme en rien le principe de la loi.

Mais comment expliquer ce fait? Comment interpréter cette immunité de la mère? Ici commencent les divergences.

La plupart de ceux qui, au siècle passé, se sont occupés de la solution de ce problème, ont admis la possibilité d'une sorte de vaccination de la mère, du fait du fœtus malade *in utero*, et par l'intermédiaire du placenta. Dans ce sens avaient conclu Ricord, Depaul, Diday, et plus récemment, Hutchinson. Pour ce dernier auteur, suivant la quantité de virus transmis par l'enfant à la mère, celle-ci était contaminée ou simplement immunisée. Cette conception parut d'autant mieux établie, après les travaux de Strauss et Chamberlain sur les brebis charbonneuses, de Chauveau sur les bovidés. Les uns et les autres démontraient en effet, la réalité du passage des bactéries à travers le placenta, et la transmission héréditaire possible de certaines infections. Sur ces données, Finger établit, en 1897, sa théorie du rôle respectif des virus et des toxines : Que les uns et les autres passent par le filtre placentaire et l'infection s'ensuit pour la mère, chez qui apparaissent les

manifestations de la période secondaire. Que les toxines passent seules, et, suivant leur quantité, la mère sera légèrement atteinte ou immunisée; enfin si le placenta est complètement imperméable, rien ne passera, ce qui explique les exceptions à la loi de Colles.

Malgré leur apparence satisfaisante, le caractère hypothétique de ces explications n'échappe à personne, et ce fut déjà l'avis de quelques contemporains de Ricord et de Diday. Plus récemment, l'observation suivie de quelques cas avait incité le Pr Augagneur à chercher une interprétation plus rationnelle de ces faits. C'est dans l'enseignement de mon ancien maître que j'ai puisé pour la première fois cette idée, que la mère était immunisée à l'égard de la syphilis de son enfant pour la simple raison qu'elle était déjà syphilitique. Et dans notre *Précis des maladies vénériennes* (Augagneur et Carle, 1906, p. 633) nous écrivions : « Dans l'immense majorité des cas, *l'immunité maternelle est due à ce que la mère a été infectée par le père,* que les symptômes aient manifestement apparu au cours de la grossesse ou qu'ils aient passé inaperçus, ce qui arrive d'autant plus facilement pendant la période de gestation. »

Voici une opinion d'apparence anarchique, et cependant elle repose sur trois faits cliniques que nul syphiligraphe ne voudra contester : d'abord la fréquence de la syphilis méconnue chez la femme, ensuite sa bégninité habituelle, même avec des médications insignifiantes ou nulles, enfin la difficulté plus grande du diagnostic pendant la grossesse, à cause des éruptions muqueuses ou cutanées qui peuvent survenir du fait de cet état. Et cette triple constatation permet d'expliquer l'énorme disproportion qui existe dans toutes les statistiques entre le nombre des hommes et des femmes syphilitiques, disproportion encore bien plus marquée en ville qu'à l'hôpital.

Je n'insiste pas davantage, ne voulant pas reproduire ici l'argumentation de mes articles précédents. Ce qui suit sera d'ailleurs une preuve de plus.

Jusqu'en ces dernières années, *l'observation clinique* longuement prolongée était la seule base sur laquelle nous puissions asseoir de pareilles assertions. Une observation sérieuse, susceptible d'influencer une opinion, devait comprendre l'examen pendant de longues années, du père, de la mère, et du rejeton, de façon à pouvoir certifier l'état de santé ou de maladie des uns et des autres. J'ai suffisamment critiqué, dans mon dernier article, le style télégraphique de quelques observations hospitalières, bâties en cinq lignes mal équilibrées, pour ne pas avoir à revenir sur ce point. Aussi les travaux dignes d'attention étaient-ils forcément plutôt rares.

Depuis quelques années, *les recherches hématologiques* ont facilité les diagnostics, et apporté du même coup à notre manière de voir un appoint très intéressant. Parmi les applications pratiques dues à l'étude

des réactions humorales provoquées par l'introduction dans l'organisme de substances étrangères, la réaction de Wassermann est certainement la mieux connue et la plus pratiquée. Sans vouloir lui accorder une valeur absolue, ni suivre aveuglément ses indications, on doit cependant reconnaître qu'en bien des cas elle permet de dépister une maladie méconnue, d'étayer un soupçon, ou de confirmer un diagnostic. Et surtout elle présente cet avantage de tout premier ordre, que, en présence d'une réaction positive, on observe le sujet plus minutieusement et plus longtemps, puisque l'éveil a été donné. D'où la possibilité souvent réalisée, de la confirmation clinique dans un délai plus ou moins long.

Les premières trouvailles dans ce sens, datant de 1908, furent dues au hasard plus qu'à des recherches systématiques. Étudiant l'effet de la réaction de Wassermann dans la syphilis héréditaire du système nerveux, Rad et Plaut (1) remarquèrent certains cas, où l'état de santé de la mère paraissait en contradiction absolue avec la syphilis certaine de l'enfant. Dans ces mêmes cas, le Wassermann fut positif chez la mère, et d'autres symptômes survinrent qui signèrent le diagnostic. Les deux cas de Muhsam (2) sont également intéressants, car la séro-réaction permit chez deux femmes enceintes, absolument dépourvues de symptômes, de laisser prévoir les suites de l'accouchement, qui furent, pour l'une, un mort-né, pour l'autre un enfant couvert d'éruptions caractéristiques. Recherchant de même les résultats de la réaction sur les mères de 19 enfants nés ou devenus syphilitiques, Thomson et Boas (3) trouvent 16 fois la réaction positive, alors même que celles-ci, observées pendant plusieurs mois, n'avaient pas présenté le moindre accident suspect.

Mais voici déjà, sur la fin de 1908, une clinique très précise de Bauer (4), basée sur une importante statistique, portant sur 125 mères et 127 enfants. Sur les mères les plus saines, en apparence, Bauer a toujours obtenu une réaction positive, lorsque les rejetons étaient porteurs d'accidents spécifiques. Et Bauer conclut d'une façon très nette, que la prétendue immunité prévue par les lois de Colles et de Profeta s'explique bien mieux par la syphilis latente ou méconnue de la mère.

Les publications se multiplient en 1909, soit sous forme de cas isolés, comme celui d'Engelmann (5), soit sous forme de comptes rendus

(1) Rad et Plaut, Séro-diagnostic de Wassermann dans la syphilis acquise ou héréditaire du système nerveux. *Münchner med. Wochenschrift,* 1908, n° 44.

(2) Muhsam, Séro-diagnostic chez la femme enceinte. *Berliner klinische Wochenschrift,* 1908, p. 14.

(3) Thomson et Boas, *Hospitalstitende,* 15 janvier 1908.

(4) Bauer, Les lois de Colles et de Profeta, à la lumière des recherches hématologiques modernes. *Wiener klinische Wochenschrift,* 3 septembre 1908, p. 1259.

(5) Engelmann, Séro-diagnostic de la syphilis en obstétrique. *Centralblatt für Gynäkologie,* janvier 1909.

d'une série de réactions (Pinard et Girauld (1), Lippmann, Wassermann). Le travail de Lippmann (2) est intéressant en ce sens qu'il a retrouvé chez les femmes les moins soupçonnées, non seulement une réaction positive mais encore des spirochètes dans le placenta. L'auteur conclut fermement qu'il ne faut jamais se fier, chez la femme, aux seuls signes extérieurs, et qu'il est absolument nécessaire, dans les cliniques obstétricales, de dépister les syphilis latentes, si l'on veut traiter préventivement les enfants.

Dans l'énorme rapport de Wassermann (3), basé sur plus de 60 000 cas, se trouve une conclusion bien confirmative d'une théorie que je soutiens depuis longtemps : Malgré les apparences, dit-il, il est peu probable que le père puisse transmettre directement la syphilis à l'enfant ; il est bien plus vraisemblable d'admettre que celui-ci infecte la mère et que celle-ci transmet directement la syphilis à son enfant. Conclusion à laquelle l'observation clinique, aidé de quelque raisonnement, nous avait déjà conduit, même sans l'aide de la réaction de Wassermann.

On doit faire, dans la même année, une place à part à un travail de Behring (4), qui a systématiquement examiné 32 cas, où rien ne faisait songer à la syphilis. Vingt-huit fois le résultat fut positif. L'auteur conclut à l'existence d'authentiques syphilis chez les femmes dites immunisées.

En 1910 et en 1911, le nombre des travaux m'oblige à laisser de côté tous ceux qui ne s'occupent pas directement des lois de Colles et de Profeta. D'ailleurs, sur ce point particulier, ceux-ci deviennent plus nombreux. Je suis obligé à une simple énumération qui n'est certainement pas complète, mais donnera cependant une idée de ces publications à ceux qui voudraient des renseignements plus détaillés.

Behring, De l'influence des recherches hématologiques sur les lois de Colles et de Profeta (*Deut. med. Woch.*, 1910, p. 219). L'auteur complète et précise les documents qu'il a déjà réunis dans son travail antérieur sur ce même sujet.

Knopfelmacher et Lehndorf : La loi de Colles (*Jahrb. f. Kinder.*, Berlin, 1910, p. 219). Suite également d'un travail antérieur sur la loi de Profeta dont je parlerai tout à l'heure.

Swift (*The Journ. of cutan. diseases*, juillet 1910) : Résumant les princi-

(1) Pinard et Girauld, Syphilis et grossesse. *Gazette des hôpitaux*, n° 115, 9 octobre 1909.

(2) Lippmann, Rapports entre l'idiotie et la syphilis. *Münchner med. Wochenschrift*, 1909, n° 47, p. 2417.

(3) Wassermann, Le séro-diagnostic de la syphilis. *Communication à l'Association Française pour l'Avancement des Sciences*, Congrès de Lille, 1909.

(4) Behring, A propos de la syphilis congénitale. *Münchner med. Wochenschrift*, 1909, n° 51, p. 2664.

pales applications cliniques de la réaction de Wassermann, l'auteur insiste sur l'importance qu'il y a, en obstétrique, à examiner à ce point de vue les mères d'enfants syphilitiques, quel que soit leur état de santé. Dans sa statistique, plus de 60 pour 100 des mères ont réagi positivement, malgré toutes les apparences. Il est donc fort probable que les périodes d'immunité définies par les lois de l'hérédo-syphilis correspondent réellement à des affectations latentes.

Mêmes conclusions d'un article de Gurd (*The British Journal of Derm.*, 1910, p. 396) dans lequel il rapporte dix cas où la loi de Colles est mise en défaut.

A propos des rapports de la syphilis et du rachitisme, Dufour et Huber (*Bull. Soc. méd. hôp.*, 30 juin 1910) découvrent des réactions positives chez la mère, même en l'absence de tout accident suspect.

Gioseffi (Loi de Colles ; hérédo-syphilis et réaction de Wassermann. *Gazz. degli osped.*, 1911, n° 66, p. 1099) rapporte deux cas à réaction positive, et qualifie de syphilis latente active l'état de la mère ainsi dépourvue de symptômes visibles.

Leroux et Labbé. Séro-diagnostic dans l'hérédo-syphilis infantile (*Arch. de méd. des enfants,* décembre 1911).

Carle (Sur une nouvelle interprétation de la loi de Colles. *Province médicale,* 9 décembre 1911). L'intérêt particulier du cas publié consiste en ce fait que les premiers accidents visibles survinrent quelque temps après la réaction de Wassermann positive, alors que rien jusque-là, si ce n'est un enfant infecté, n'avait pu faire soupçonner cette maladie.

De la lecture de ces documents, il est impossible de ne pas conclure *à une orientation nouvelle dans l'interprétation des lois de Colles et de Profeta* ; et cette explication nous apparaît comme autrement plus simple et en même temps plus scientifique que la précédente. Il y a unanimité parmi ceux qui ont fait ces recherches, pour reconnaître le caractère latent de la syphilis chez la femme, et encore plus chez la femme enceinte, ainsi que la nécessité de ne pas se fier aux apparences pour certifier son état sanitaire. Il y a unanimité également pour reconnaître que, sauf de très rares exceptions, la mère d'un enfant syphilitique si saine qu'elle soit en apparence, réagit à l'égard du Wassermànn *comme la syphilitique la plus avérée.* Et la double *conclusion* qui s'impose est la suivante : *La prétendue immunité de la mère affirmée par la loi de Colles correspond à des syphilis latentes.* Il y a donc d'autant plus de raison de l'autoriser, sans la moindre crainte, à nourrir son enfant. Mais par contre, il sera de toute nécessité de la traiter.

Comme on peut le voir par les articles cités, cette opinion prend corps un peu partout à l'étranger, et elle est déjà presque classique dans les pays de langue allemande. Il n'en est pas tout à fait de même chez nous, où quelques ouvrages, tout récents cependant, l'omettent, même à titre d'hypothèse. Un meilleur accueil lui sera sans doute

réservé au jour prochain où elle nous reviendra d'outre-Rhin, ornée d'une estampille allemande ou patronnée par un assistant japonais.

II. — Loi de Profeta.

Ce principe, émis par Behrend en 1860, fut formulé par Profeta en 1865 sous cette forme : *L'enfant reconnu sain, né d'une mère syphilitique, ne peut contracter la syphilis, ni par l'allaitement, ni par tout autre contact. Cette immunité ne s'étend d'ailleurs pas à toute l'existence.*

Il faut d'abord reconnaître que cette loi n'a jamais joui auprès du public médical de la même faveur que la loi de Colles. Les promoteurs avaient déjà fait de nombreuses restrictions ; ses partisans en firent encore davantage, tel Diday qui restreignait cette immunité aux rejetons produits au cours de la période secondaire. Enfin chaque année voit éclore, dans les périodiques spéciaux, une telle quantité d'exceptions, que celles-ci en arrivent à gêner la règle. N'oublions pas encore que, parmi les multiples éruptions de la première enfance, les spécifiques passent bien souvent inaperçues, et que les syphilis infantiles méconnues sont parmi les erreurs de diagnostic les plus fréquentes. Ajoutons cette objection qui dispenserait de tout autre, qu'il est à peu près impossible pour le même praticien de suivre assez longtemps le rejeton pour affirmer qu'il ne contractera pas la syphilis. A noter que ledit rejeton ne se targue généralement pas d'être un hérédo, pour l'excellente raison que ses parents ont oublié de l'en informer.

A toutes ces objections, dictées par le sens clinique, viennent maintenant s'ajouter des *faits expérimentaux*. La plupart des travaux que nous venons de citer à propos de la loi de Colles, s'appliquent également à la loi de Profeta. Et les réactions des nourrissons, même sans lésions apparentes, se sont bien souvent trouvées franchement positives, lorsque la mère était malade.

A citer, comme se rapportant plus particulièrement à la loi de Profeta :

Un travail de Knœpfelmacher et Lehndorf (1), basé sur un grand nombre de séro-réactions, confirmatif de cette opinion que les rejetons dits immunisés ne sont autre chose que des syphilitiques en puissance, chez qui les accidents apparaîtront forcément un jour ou l'autre.

Une communication de Salmon (2), sur le diagnostic de la syphilis

(1) Knœpfelmacher et Lehndorf, Loi de Profeta. *Wiener klinische Wochenschrift*, 18 septembre 1909.

(2) Salmon, Diagnostic de la syphilis héréditaire sans signes cliniques par la réaction de Wassermann. *Société de l'internat de Paris*, février 1909.

héréditaire, en l'absence de signes cliniques, à l'aide de la réaction de Wassermann.

Un travail de Haslund (1), où il relate le cas curieux d'un nouveau-né, issu d'une mère en période secondaire, qui fut infecté au cours de l'accouchement. Des chancres apparurent, dans les délais classiques, sur les érosions faites par l'application d'un forceps. Haslund rappelle que Finger a publié six cas semblables.

Des incertitudes d'autrefois et des recherches d'aujourd'hui, *il semble résulter* :

a) Que la plupart des enfants nés de mères syphilitiques en période secondaire naissent, *non pas immunisés, mais infectés.* Chez le plus grand nombre les accidents apparaissent dans les deux premiers mois; chez d'autres, ces accidents sont qualifiés d'éruptions banales, d'impétigos ou de dermites, et réapparaissent quelques années plus tard, sous la forme tertiaire et sous l'épithète d'hérédo-syphilis tardive, alors qu'il n'y a en réalité que le diagnostic qui soit tardif, opinion que j'ai déjà longuement défendue dans mon dernier travail (*Annales de Dermatologie,* février 1911).

b) En dehors de la période secondaire, et quelquefois même au cours de cette période, des enfants naissent absolument sains. Ils pourront alors contracter un chancre, si les circonstances s'y prêtent, à l'âge classique. Mais, avec un peu de chance ou de vertu, ils pourront fort bien ne rien contracter du tout, sans pour cela être immunisés.

III. — Syphilis conceptionnelle.

La notion de la syphilis conceptionnelle est une conséquence logique de la loi de Colles, telle qu'elle fut formulée par ses promoteurs. Du moment que l'on admet la possibilité, pour le fœtus, d'immuniser par l'intermédiaire du placenta l'organisme maternel, il est rationnel de supposer qu'il peut l'infecter par la même voie. Cela est affaire de quantité ou de qualité, comme l'imaginent les conceptions de Hutchinson et de Finger.

On sait la vigoureuse campagne que Diday entreprit en faveur de cette opinion déjà soutenue par Ricord, et qui fut adoptée par le Pr. Fournier. Aussi est-elle admise, chez nous du moins, par la plupart des syphiligraphes.

Si solidement patronnée qu'elle soit, cette notion n'en est pas moins discutable. Déjà en 1906, dans *le Précis* déjà cité (p. 634) nous avions fait ressortir, avec le Pr. Augagneur, combien il était difficile de pou-

(1) Haslund, Syphilis contractée au moment de la naissance. *Annales de Dermatologie,* janvier 1911.

voir certifier l'infection de la mère par le fœtus. Étant donnée une femme enceinte, sur laquelle apparaissent à un mois quelconque de la grossesse les symptômes de la syphilis secondaire, quel est le *seul* argument sur lequel se basent les défenseurs de cette opinion pour affirmer que le fœtus est coupable ? C'est l'absence de la porte d'entrée, du chancre. Or faut-il répéter une fois de plus ce que tout le monde sait, c'est-à-dire qu'il est tout à fait rare chez la femme, de dépister la maladie à son premier accident ; que celui-ci se perd dans les replis vulvaires, qu'il se cache sur le col de la matrice, qu'il se dissimule sur les amygdales — et surtout que la femme a, en général, la plus grande indifférence pour cet accident minime et indolent. J'en appelle à tous mes confrères spécialistes. Qu'ils additionnent dans leurs statistiques annuelles les chancres masculins et féminins. La proportion est de 1 à 30, dans la clientèle de ville — de 1 à 12 ou 15 dans les hôpitaux (statistiques de Martin, Fournier, Feulard, Clerc, Debauge, etc.). Pourquoi donc édifier sur ce fait, d'une vérification si délicate, une théorie d'une telle importance ?

Combien est-il plus simple et plus rationnel d'imaginer simplement que, au cours d'un rapport normal, l'épouse a contracté un chancre, passé inaperçu, et que sont survenus dans les délais habituels les accidents secondaires, cutanés et muqueux. Et notez que ce premier accident sera d'autant plus difficile à dépister que, chez la femme enceinte, les lèvres sont plus œdématiées, les éruptions plus polymorphes, les pertes plus abondantes.

L'observation gagnerait en valeur, s'il était bien démontré que la femme n'a eu aucun rapport, légitime ou non, depuis le début de la grossesse. Mais quel est le médecin, si peu sceptique qu'il soit, qui se fierait à une assertion féminine à ce point de vue ?

Pour avoir quelque certitude, il faudrait enfermer les sujets ! Ceci, Hochsinger l'a fait, et il rapporta au congrès allemand de *1897* les résultats, sur 72 cas, de cette sévère mesure. Dans son Institut viennois, les femmes enceintes sont enfermées, sans possibilité de certaines communications avec le dehors. Dans ces conditions, Hochsinger n'a pas constaté une seule fois l'apparition d'accidents secondaires assez récents pour pouvoir être mis sur le compte de la syphilis conceptionnelle. Il est particulièrement intéressant de noter, dans ces cas de claustration, cette absence absolue d'infection en retour. Hochsinger conclut d'ailleurs à l'inanité de cette notion, et à l'identité avec une syphilis normale, normalement contractée.

Un autre argument peut se tirer de la rareté de la syphilis d'origine exclusivement paternelle. Même en période secondaire, un syphilitique bien traité antérieurement peut, s'il est seul malade, engendrer des enfants parfaitement sains ; et l'expérience de chaque jour nous démontre que ceci devient la règle lorsque le père est rangé dans les

tertiaires. Dans le premier cas, il semble inutile, si la mère est infectée, d'aller invoquer le mécanisme compliqué de la syphilis conceptionnelle, alors que le père a tout ce qu'il faut pour contaminer autrement. Et dans le second cas, il serait vraiment curieux que le père fût si longtemps contaminant par l'intermédiaire de sa postérité, alors qu'il ne l'est à peu près plus par ses accidents.

J'ai lu des observations et vu des cas de contagion à longue échéance, mais dans les quelques cas de ce genre qui ont été publiés, j'ai toujours pensé au troisième larron ; car la vertu féminine ne doit jamais être considérée comme un argument scientifique, et l'exception célèbre de la femme de César ne me paraît pas justifiée.

Dans quantité de cas douteux, où l'absence d'accidents paraît une preuve irréfutable de la santé féminine, les recherches hématologiques ont permis de supposer et quelquefois de découvrir la maladie insoupçonnée de la mère. De plus en plus, les preuves s'accumulent en faveur de cette opinion. L'attention étant aiguillée en ce sens, il est fort probable que les observations futures, plus nombreuses et plus longuement étudiées, ne feront que la confirmer.

Telle est également notre opinion personnelle. Mais il est évidemment difficile dans ce domaine, d'apporter des faits d'une grande rigueur à cause de la longueur et de la minutie de l'observation nécessaire. Aussi serait-il vain d'avoir une opinion absolue. Mais cette dernière explication nous paraît correspondre mieux à la majorité des faits, sinon à leur totalité. Nous reconnaissons cependant que d'autres recherches s'imposent, établissant, dans l'infection de la mère, la part proportionnelle du fœtus et du père, celle-ci nous paraissant déjà largement prépondérante, peut-être même exclusive.

RECUEIL DE FAITS

SUR UNE SINGULIÈRE RÉCIDIVE DE SYPHILIS : RÉCIDIVE AB INITIO

Par Ch. **Audry** (Toulouse).

Parmi les nouveautés qui se multiplient dans la littérature syphilitique, peu sont pour étonner autant que le grand nombre de réinoculations de syphilis dont on publie les observations. Je n'aurais pas de peine à en retrouver une douzaine de cas dans les journaux et revues de la seule année dernière. Sans entrer dans le détail des critiques que peuvent soulever les unes et les autres, je me permets de rappeler que A. Fournier n'en a jamais vu ; j'ose à peine ajouter que je n'ai pas été plus heureux. Ce n'est pas que j'aie l'intention d'en nier la réalité ; pas davantage, je ne veux émettre le moindre doute sur l'exactitude des faits exposés. Je me borne à publier une simple observation, afin de montrer quelle prudence il faut apporter dans l'appréciation des documents de ce genre.

Y..., boucher, 30 ans, sans antécédents héréditaires, a eu une première blennorrhagie grave ayant duré 6 mois, et accompagnée d'arthrites du genou et de la tibio-tarsienne droite qui ont persisté 4 mois.

Il se produisit en même temps des accidents oculaires, iritis, etc., avec synéchies et cataracte secondaire.

A 23 ans, seconde blennorrhagie, également grave, également compliquée de polyarthrites récidivantes et d'iritis. Depuis ce moment, le malade n'a pas constaté d'accidents urétraux nets. Mais, sans cesse, il a présenté des accidents articulaires.

Il y a 3 ans, chancre syphilitique, suivi d'accidents secondaires sur la peau et les muqueuses. Le malade a subi un traitement hydrargyrique par la bouche, irrégulier, faible, pendant les 6 premiers mois seulement. Les dernières manifestations cutanées ne remontent qu'à un an, et ont laissé en divers points des traces bien caractérisées sous forme de cicatrices superficielles, gaufrées, en plaques légèrement atrophiques. En même temps, depuis 18 mois environ, sans nouveaux accidents du côté de l'urètre, les manifestations articulaires ont récidivé et se sont généralisées. L'homme était dans un état assez misérable, à peu près complètement immobilisé, et n'avait pas eu de coït depuis plus de 18 mois, quand il vit se produire des accidents étranges.

Exactement au niveau de la cicatrice du chancre, une induration se reproduisit progressivement ; puis après peu de jours, il présente une éruption érythémateuse généralisée sans prurit, ni douleur.

Il entra à la clinique le 4 octobre, dans l'état suivant :

C'est un homme assez gros, intelligent, à peu près complètement impotent. Ankylose complète, très douloureuse, des deux hanches ; arthrite d'intensité moyenne du genou droit, de la tibio-tarsienne du même côté ; genou gauche raide et sensible. Toute la colonne vertébrale est raide ; il n'y a pas probablement ankylose vraie ; mais seule la tête se meut un peu sur les dernières cervicales. La marche est impossible ; le malade ne peut ni se relever ni même se retourner seul dans son lit.

Rien au cœur ni dans les urines.

Dans le sillon balano-préputial à droite, induration circonscrite, dure, exactement semblable à celle du chancre le plus typique de suite après son épidermisation ; elle est large comme un pois, plate, dure, mince, mobile sur la profondeur.

Pas de lymphite ; aucune trace d'urétrite.

Adénopathie inguinale droite insignifiante mais réelle.

Le raclage énergique du néo-chancre a donné une sérosité, où l'on a vu des spirochètes rares mais nets à l'ultra-microscope.

Sur le tégument des bras et des flancs, nombreuses taches cicatricielles, ou plutôt atrophiques. En outre, soit au voisinage de ces taches, sur les flancs, soit sur le reste du tégument de tout le tronc, roséole absolument bien caractérisée, d'aspect vulgaire, avec en quelques points, l'aspect « piqueté ».

Wassermann positif (Dr. Pellier).

Le 10 octobre, 0,60 d'arséno benzol Billon en injection intra-veineuse, sans autre réaction que des vomissements. Trois jours plus tard, la roséole pâlit un peu. Le 15, les élevures s'affaissent, l'induration préputiale diminue faiblement. Frictions mercurielles qui provoquent un peu d'érythème local, et qu'on dut remplacer par des injections d'huile grise.

Le 22 octobre, la roséole a diminué mais persiste ainsi que l'induration. Nouvelle injection intra-veineuse de 0,60 d'arséno-benzol.

Le malade accuse une amélioration sensible du côté des jointures ; toutes les douleurs ont disparu ; le malade se retourne dans son lit, en sort ; il marche, monte les escaliers ; il se déclare notablement soulagé, bien que sa colonne vertébrale reste raide et que ses deux hanches soient toujours immobilisées.

Ce n'est que le vingt-quatrième jour après le début du traitement que la roséole a disparu. L'induration était sensiblement réduite, mais pas encore effacée, au bout d'un mois, quand le malade quitta le service notablement amélioré.

Je ne peux pas dire dans quelle mesure la syphilis avait fini par jouer un rôle dans les polyarthrites de notre malade.

Mais, en résumé, *un syphilitique avéré présente trois ans après son chancre une récidive constituée par une récidive in situ de son chancre, avec spirochètes, et une roséole typique. Or, il n'y a là ni réin-*

fection, ni superinfection, car l'homme n'a pas eu, n'a pas pu avoir de rapports sexuels depuis plus de 18 mois.

Suivant le vieux langage, nous dirons : chancre redux (à spirochètes) associé à une roséole récidivante.

Il est, semble-t-il, difficile d'admettre un autre mécanisme qu'une reviviscence in situ de spirochètes. Mais à l'encontre des récidives habituelles, de celles qu'on peut aussi bien appeler «*poussées* », il s'agit d'une syphilis qui a recommencé par le commencement : *d'une récidive ab initio.*

Je crois que de tels cas conseillent une grande prudence dans l'affirmation des réinfections ou des superinfections (1).

(1) Cf. à ce sujet : F. Lipchitz, Superinfectio syphilitica. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 109, p. 3 ; et surtout dans les *Beitrage zur Pathologie und Therapie der Syphilis* (par A. Neisser et ses élèves). Berlin, 1911, le chapitre xiv, rédigé par Neisser lui-même.

ABSENCE CONGÉNITALE COMPLÈTE DES ONGLES DE TOUS LES DOIGTS. — BIOPSIE

Par **A. Bergé** et **R.-J. Weissenbach.**

Les cas d'absence congénitale complète des ongles, d'*anonychie* (Otto, Heller), ne sont pas nombreux. Julius Heller dans son ouvrage sur les maladies des ongles (1) en cite plusieurs observations. Quelques-unes de ces observations se rapportent à des cas d'atrophie unguéale et à des cas d'absence unguéale n'intéressant que quelques doigts. A notre connaissance il n'en existe pas d'autres dans la littérature médicale de ces dernières années. Il nous a donc paru intéressant de rapporter le cas suivant d'*absence congénitale complète des ongles de tous les doigts*, que nous venons d'observer chez une femme de 37 ans, en y ajoutant les résultats détaillés de l'examen biopsique.

Observation. — Célina G..., âgée de 37 ans, domestique, est entrée à l'hôpital Broussais, salle Gübler, le 2 août 1911, pour une attaque hystérique.

L'attention a été de suite attirée par une curieuse anomalie : l'absence complète des ongles de tous les doigts des deux mains. Sauf cette malformation, l'examen de la malade présente peu de points intéressants.

Abandonnée à l'âge de 13 mois, elle a été élevée par l'assistance publique, n'a jamais connu ses parents et ne peut donner aucun renseignement sur ses antécédents héréditaires ou collatéraux. Elle est née avant terme, à 7 mois, et l'absence d'ongles à ses mains a été constatée dès la naissance. Elle a eu la rougeole à 5 ans, la coqueluche à 13 ans, une otite gauche vers 15 ans suivie d'otorrhée chronique ayant entraîné la surdité de ce côté. De bonne santé habituelle, elle fut à l'école une élève indolente et difficile. Elle est réglée depuis l'âge de 17 ans, sans troubles ni irrégularités.

A l'âge de 18 ans ont débuté les premières crises d'hystérie : la malade perd connaissance dans ces crises qui sont généralement provoquées par des contrariétés. Elle a ainsi trois ou quatre crises par an. Elle est sujette à des maux de tête.

En 1901, grossesse : l'enfant, un garçon, est né à terme, bien constitué, sans aucune malformation, et notamment sans malformation unguéale. Il est actuellement vivant et bien portant.

Examen somatique. — De conformation moyenne, la malade mesure 1 m. 51. Elle ne présente aucune malformation grave. On note toutefois un léger aplatissement bilatéral de la conque de l'oreille sans adhérence

(1) Julius Heller, *Die Krankeiten der Nägel.* Berlin, 1900, page 67.

du lobule, une légère asymétrie faciale, du microdontisme, et une voûte palatine nettement ogivale; le système pileux ne présente pas d'anomalie.

L'examen des différents viscères est négatif: le foie, la rate, le cœur, les poumons ne présentent rien de pathologique; les réflexes tendineux, osseux, oculaires sont normaux. Pas de signe d'Argyll. Par contre, la malade est certainement une débile au point de vue mental. Outre les



Fig. 1.

crises nerveuses, elle présente un léger bégaiement; son caractère est inégal; elle est presque illettrée, sait à peine lire et écrire.

Il n'existe aucune malformation des ongles des orteils, qui sont parfaitement conformés, y compris l'ongle du cinquième orteil, qui présente seulement une accentuation, d'ailleurs minime, de la striation longitudinale. Le bon état des orteils de notre malade contraste même avec leur état habituel chez les personnes de la même condition sociale.

A tous les doigts des deux mains les ongles manquent complètement. L'as-

pect général est identique à tous les doigts, à droite et à gauche. La dernière phalange est très légèrement aplatie ; sur sa face dorsale, à la place de l'ongle, on distingue un lit unguéal bien dessiné, qui garde à peu près sa situation et sa forme normales, quoique de dimensions plus réduites. Dans sa position proximale toutefois, l'aspect est assez différent de celui qu'offrirait une phalangette privée de son ongle, en particulier par arrachement, auquel on pourrait être tenté de le comparer : le repli sus-unguéal est complètement absent, et la peau, à ce niveau, se continue directement, en pente douce, du dos de la phalange sur le lit de l'ongle sans y marquer le moindre sillon. Sur certains doigts, le médius, l'annulaire et l'index, la région de la 3e phalange qui précède le lit de l'ongle fait une légère saillie transversale, comme on l'observe parfois sur des doigts normaux dans la région qui répond à la matrice unguéale. Les limites latérales du lit de l'ongle sont par contre bien marquées par un petit sillon ainsi que la limite inférieure ou distale, qui dessine une courbe à concavité supérieure. La surface du lit ainsi limitée n'est pas recouverte de substance unguéale. Elle semble avoir subi l'évolution cornée banale ; elle est de coloration rosée, un peu plus pâle que celle du tégument voisin, et légèrement brillante. Au toucher la consistance en est plus ferme, plus rude, plus inégale et plus sèche que celle du revêtement du dos de la phalange ; cette sensation particulière est due à la présence de quelques très minces lamelles d'aspect corné (et non pas unguéal) en desquamation partielle, et aussi à la présence d'une striation spéciale formée par une série de sillons et de crêtes épidermiques alternant et divergeant en éventail de l'extrémité distale vers l'extrémité proximale de la surface du lit de l'ongle. Cette striation croise en X allongé la direction des crêtes dermiques de Henle.

Ni la pression, ni le toucher du lit de l'ongle ne provoquent de douleur. D'ailleurs la malade n'a jamais éprouvé aucune gêne dans son travail du fait de sa malformation digitale. Il n'existe aucun trouble des différents modes de la sensibilité de la région.

A cette description d'ensemble on peut ajouter quelques détails spéciaux à certains doigts. Au pouce droit, la surface du lit de l'ongle est beaucoup plus large que haute, 14 millimètres sur 7 millimètres ; elle est recouverte de formations cornées plus épaisses qu'aux autres doigts ; l'absence de l'ongle semble y avoir permis une sorte de rejet en arrière de la pulpe du bout de la phalangette. En 1907, ce pouce droit a été atteint d'un panaris précocement incisé, dont on voit la cicatrice sur la face palmaire.

A l'index droit les limites du lit de l'ongle sont moins nettement dessinées que partout ailleurs. A l'annulaire et à l'auriculaire droits, elles le sont par contre très nettement.

A la main gauche, on note à peu près les mêmes particularités ; le pouce toutefois ne présente pas une déformation aussi accentuée de la phalangette ; les formations cornées y sont moins abondantes.

Le 1er août, avec l'autorisation de la malade, nous avons pratiqué une biopsie passant exactement par l'axe du doigt et intéressant le lit de l'ongle et la peau de la région sus-jacente de la phalangette du médius droit.

Le fragment biopsié, très exactement orienté, a été sectionné suivant

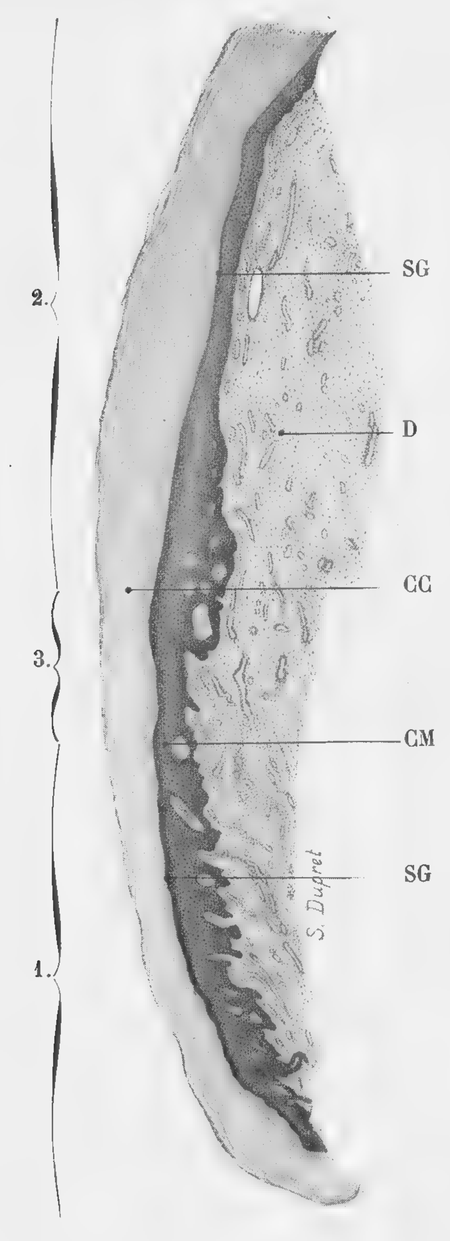


Fig. 2.

Coupe d'une biopsie intéressant la peau de la région sus-unguéale et le lit unguéal du médius droit. Gros. 30 D.

1. Revêtement cutané du dos de la phalangette : région sus-unguéale. — 2. Lit unguéal. — 3. Zone intermédiaire.

D, Derme. — CM, Corps muqueux de Malpighi. — CC, Couche cornée. — SG, Stratum granulosum.

l'axe du doigt, fixé dans le liquide de Dominici et dans l'alcool, inclus à la paraffine et coloré par les procédés habituels.

Ce qui frappe avant tout dans l'examen des coupes à un faible grossissement, c'est l'absence complète de toute matrice unguéale ; il n'existe aucune esquisse d'invagination épidermique, aucune rainure unguéale ; l'épiderme de la peau du dos de la phalange se continue directement avec celui du lit unguéal par une zone de transition peu étendue : on les distingue d'ailleurs facilement l'un de l'autre par leur épaisseur et leur topographie cellulaire différentes.

Le *derme* sous-jacent aux deux régions a une apparence absolument normale : il est intéressé par les coupes sur une hauteur de 800 μ environ ; on n'y observe aucune trace de sclérose, aucune infiltration cellulaire, sauf en un point limité de la couche papillaire du derme de la phalange, où on note une prolifération minime des cellules fixes du tissu conjonctif. Les fibres conjonctives, les fibres élastiques s'y présentent avec leur structure et leurs affinités tinctoriales normales ; les capillaires sont normaux. Sur certaines coupes on observe dans la région du revêtement sus-unguéal des canaux sudoripares intacts.

Nous étudierons l'*épiderme* dans trois zones distinctes : celle du dos de la phalangette dans la région sus-unguéale, celle du lit de l'ongle, celle de la région de transition. Dans chacune, l'épiderme se présente composé de deux couches nettement individualisées et, par places, séparées l'une de l'autre : le corps muqueux et la couche cornée.

L'*épiderme de la région du dos de la phalangette* est séparé du derme sous-jacent par une ligne festonnée régulière dessinant les contours des papilles dermiques et des bourgeons interpapillaires ; l'épaisseur du corps muqueux oscille entre 100 à 150 μ au niveau du sommet des papilles, 250 à 300 μ au niveau des bourgeons interpapillaires ; le corps muqueux comprend successivement une assise génératrice de cellules cylindriques avec figures de karyokinèse, 10 à 15 assises superposées de cellules polyédriques avec espaces et ponts intercellulaires caractéristiques ; la couche à éléidine est assez épaisse, elle comprend 5 à 6 assises de cellules bourrées de grains d'éléidine. Rien à signaler dans la structure de la couche cornée épaisse de 250 à 300 μ.

L'*épiderme du lit de l'ongle* présente une topographie semblable à celle du lit de l'ongle normal, mais ses éléments évoluent vers la kératinisation de type épidermique banal et non vers la kératinisation de type unguéal. La limite de séparation du derme et de l'épiderme est une ligne droite sans papilles, dessinant à peine quelques ondulations, si bien que le corps muqueux a partout la même épaisseur, 100 à 120 μ environ ; la couche cornée sus-jacente est relativement épaisse, de 400 μ environ. Le corps muqueux est formé d'une assise de cellules cylindriques d'aspect normal, à gros noyau allongé, avec filaments chromatiques et nucléoles ; on y observe quelques figures de karyokinèse ; les cellules mesurent 18 à 20 μ de haut sur 8 à 10 μ de large. Au-dessus de l'assise génératrice s'étagent 7 à 8 rangées de cellules polyédriques, de 12 à 14 μ de diamètre, qui vont en s'aplatissant au fur et à mesure qu'elles se rapprochent de la superficie ; elles possèdent un protoplasme finement granuleux, un gros noyau avec nucléoles ; les espaces

intercellulaires et les filaments d'union sont nettement visibles, ces derniers peut-être un peu moins qu'au niveau de la peau de la phalangette. Au-dessus s'étagent 3 à 4 assises de cellules très aplaties à noyau allongé, à protoplasme chargé de grains inégaux d'éléidine, dont ils présentent toutes les réactions, mais moins denses toutefois que dans les cellules de l'épiderme. La couche cornée, épaisse comme nous l'avons vu, présente un stratum lucidum net, fissuré sur les coupes, de 30 à 35 μ de hauteur, auquel fait suite un stratum corneum que rien ne distingue de celui de l'épiderme; les noyaux en particulier n'y sont pas colorables. En aucun point des coupes il n'est possible de retrouver d'éléments évoluant, même partiellement, vers la kératinisation de type unguéal.

La *zone de transition* est peu étendue, elle mesure sur les coupes un millimètre et demi environ, ses limites d'ailleurs sont tout artificielles : on y voit l'épiderme de la région sus-unguéale prendre peu à peu les caractères de l'épiderme du lit de l'ongle, les papilles disparaissent, la limite dermo-épidermique devient rectiligne, le stratum filamentosum diminue d'épaisseur, les cellules à éléidine deviennent moins nombreuses et plus aplaties, la couche cornée au contraire augmente d'épaisseur.

L'observation ci-dessus est un exemple remarquable d'absence congénitale totale et complète des ongles des doigts, avec intégrité des ongles des orteils. Sur le dos de la phalangette, aux lieu et place de chaque ongle, on note seulement l'existence d'une dépression assez nettement limitée et représentant le lit de l'ongle préformé.

L'examen histologique que nous avons fait du fragment biopsié nous a révélé comme caractères essentiels de la lésion : 1° — l'absence complète de toute matrice unguéale et même de toute esquisse d'invagination épidermique ; 2° — l'évolution vers la kératinisation de type épidermique banal, et non vers la kératinisation de type unguéal, de l'épiderme de la région du lit de l'ongle ; 3° — l'absence de toute lésion inflammatoire récente et de tout vestige d'une lésion inflammatoire ancienne susceptible d'expliquer les anomalies constatées.

Nous ne pouvons qu'enregistrer la coïncidence de l'absence de matrice et d'inaptitude de l'épiderme du lit unguéal à la formation de substance onychogène, sans pouvoir décider si de ces deux faits le second est la conséquence du premier ou s'ils représentent deux éléments associés d'une même malformation.

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

Bactériologie.

Sur la dénomination de l'agent pathogène de la syphilis et remarques sur sa place dans la classification (Ueber die Benennung des Syphiliserregers nebst Bemerkungen über seine Stellung im System), par E. Hoffmann. Tirage à part de la *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1911, nº 33.

Bien que nombre de parasitologistes tendent à considérer la Sp. pall. comme plus voisine des bactéries que des protozoaires, H. continue à préférer l'opinion contraire. Il se base sur leur mode de division, leur flexibilité, la présence de filaments terminaux ne correspondant pas aux cils des bactéries, leur réaction en présence des réactifs comme le taurocholate de soude, l'analogie de la syphilis avec les trypanosomiases et enfin sur les effets de la chimiothérapie. C'est une erreur d'appeler la syphilis une spirillose. Pellier.

Syphilis expérimentale.

Infection syphilitique générale chez le lapin (Syphilitische Allgemeinerkrankung bei Kaninchen), par Uhlenhuth et Mulzer. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 12 janvier 1911, p. 51.

Les auteurs montrent comment il est possible d'obtenir chez le lapin une infection syphilitique générale; leur méthode leur donne 80 à 90 pour 100 de résultats positifs. Ils emploient le procédé de Hoffmann pour l'inoculation du singe (scarifications aux paupières supérieures et production de chancres typiques d'inoculation). Ils obtiennent par ce moyen des chancres, des syphilides papuleuses anales et des syphilides de la cornée. Ils ont pu réussir, par inoculation de sang, de fragments de rate, de foie et de moelle osseuse, à provoquer chez deux lapins des orchites et péri-orchites syphilitiques avec réaction des ganglions régionaux : les lésions renfermaient des tréponèmes. L'injection intraveineuse de produits très riches en tréponèmes permet de produire une infection syphilitique généralisée. U. et M. extirpent le testicule malade et ses enveloppes, l'étendent sur une lame de verre, le morcèlent, agitent le produit ainsi obtenu avec du sérum artificiel chauffé à 37 degrés, expriment le tout sur une mousseline et injectent le filtrat à la dose de 5 à 10 centimètres cubes dans la veine marginale de l'oreille d'un lapin. Trois mois environ après l'injection on voit survenir une orchite syphilitique circonscrite, avec péri-orchite superficielle, des érosions sur le scrotum et des ulcérations sur la cornée. Chez deux animaux morts 8 jours après l'injection on ne constatait aucune lésion, mais les organes renfermaient de très nombreux tréponèmes. Il semble que le

produit d'inoculation prend de la virulence après passages successifs sur plusieurs lapins. L'injection réussit surtout sur les animaux jeunes. H. et M. ont pu constater également que les animaux issus des lapins syphilitiques présentaient du coryza et des lésions papulo-tuberculeuses au niveau desquelles on retrouvait des tréponèmes. Il s'agit donc bien là d'une syphilis héréditaire expérimentale.

Les auteurs concluent que la syphilis du lapin est identique à celle de l'homme : ils espèrent prouver que le tréponème est un parasite du sang et que la syphilis est une septicémie. L. Spillmann.

Sur la syphilis expérimentale du lapin (Ueber die experimentelle Impfsyphilis der Kaninchen), par Uhlenhuth et Mulzer. *Berliner klinische Wochenschrift,* 1911, n° 15, p. 653.

Texte d'une communication à la Société de médecine de Berlin où les auteurs ont résumé leurs recherches sur la question. Ils ont principalement étudié les résultats obtenus par l'injection intratesticulaire (Parodi). Ils ont réalisé jusqu'à 16 passages de testicule à testicule, le virus allant en s'exaltant. La maladie apparaissait tantôt sous forme d'une ulcération scrotale, tantôt d'une orchite chronique, tantôt d'une péri-orchite dure. Ce sont là les accidents contraires, mais il est certain qu'un grand nombre d'animaux présentent une infection généralisée (adénite à spirochète, impossibilité d'inoculer l'autre testicule, etc., etc.). U. et M. ont particulièrement étudié la syphilis déterminée par l'injection dans les veines de l'oreille d'une émulsion de testicule préalablement inoculée. Un mois plus tard, orchite et péri-orchite, kératite spontanée, etc. Deux lapins qui succombèrent peu de jours après l'injection présentèrent dans la rate, la moelle osseuse, etc., de nombreux spirochètes. U. et M. ont obtenu des résultats particulièrement frappants en pratiquant l'injection intracardiaque; mais il faut alors injecter une petite quantité d'une émulsion épaisse de testicule infectée afin d'éviter des accidents d'intoxication sérique. Dans ces conditions, on parvient à réaliser chez le lapin un syndrome très comparable à celui de la syphilis humaine, soit au point de vue clinique, soit au point de vue anatomo-pathologique, avec spirochète dans les lésions et dans le sang, papules nasales, ulcérations anales, alopécies, etc. Or ces produits pathologiques sont inoculables non seulement au lapin, mais encore aux singes, aux cobayes et aux chèvres.

Du sérum syphilitique humain a pu donner la syphilis à un lapin, et transmise à un singe par voie intraveineuse.

Les manifestations spécifiques ainsi obtenues sont impressionnées activement par les médicaments spécifiques; ainsi le 606 en injection intraveineuse fait disparaître les spirochètes.

C'est bien le spirochète qui donne ces accidents, car, filtrés sur bougie Berkefeld, les produits expérimentés perdent leur virulence.

Ch. Audry.

Contribution à l'étude de la syphilis expérimentale du lapin (Beiträge zum Studium der experimentellen Kaninchensyphilis), par A. Wiman. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 107, p. 281.

Des différents procédés d'inoculation de la syphilis à l'œil du lapin, c'est

l'injection dans la chambre antérieure qui donne le plus de résultats positifs après une incubation moyenne de 34 jours. Il est très rare que l'iris ne soit pas atteint ; l'iritis est souvent le prodrome d'une kératite intense et il reste parfois le seul résultat de l'inoculation. Toutefois W. n'a pu trouver qu'une seule fois des spirochètes dans les lésions de l'iris ; l'inoculation de fragments s'est toujours montrée négative.

L'inoculation de virus syphilitique provenant de kératites expérimentales — virus qui a l'avantage d'éviter les infections mixtes et septiques — a donné lieu à des signes de généralisation caractérisés par de l'alopécie et du marasme. Dans deux cas sur quinze, W. a observé des lésions cutanées contenant des spirochètes. PELLIER.

Syphilis maligne inoculée au singe (Ueber Impfungen an Affen mit maligner Syphilis), par TOMASCZEWSKI. *Berliner klinische Wochenschrift,* 1911, n° 20, p. 890.

Buschke et Fischer ont annoncé que les spirochètes faisaient souvent défaut dans les lésions des individus atteints de syphilis maligne, et aussi dans les lésions obtenues chez le macaque inoculé par les produits provenant de ces individus.

Dans 3 cas, T. n'a pas pu voir de spirochètes dans des lésions des malades mêmes, tandis que des fragments de ces mêmes lésions inoculés à des macaques ont déterminé l'apparition de chancres où T. a trouvé sans difficulté les spirochètes.

Ceux-ci se trouvent donc dans des lésions d'inoculation alors qu'on ne les a pas vus sur le malade initial. CH. AUDRY.

Étude sur la transmissibilité héréditaire de la syphilis chez le lapin (Contributo allo studio della transmissibilita per via ereditaria della sifilide del coniglio), par COSIMO LOMBARDO. *Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle,* 1911, vol. LII, p. 278-291.

La présence de kératite syphilitique soit chez le mâle soit chez la femelle ne semble être d'aucune importance pour la grossesse. Toutefois les lapins nés de tels générateurs semblent mourir facilement en bas âge. Ceux qui survivent présentent une certaine résistance à l'inoculation de la syphilis, mais non une immunité absolue. Pour ce qui est de la transmission héréditaire de la maladie on ne peut encore rien conclure de certain. H. MINOT.

Production d'orchite syphilitique chez les lapins à l'aide de cultures pures de treponema pallidum, par NOGUCHI. *Presse médicale,* 9 août 1911, p. 649.

La question de la culture du tréponème dans un milieu artificiel n'était pas résolue jusqu'à présent, il manquait à cet agent le criterium absolu de la spécificité.

Noguchi serait arrivé à cultiver le tréponème et en aurait obtenu deux races.

Le liquide dont il s'est servi doit contenir du tissu frais stérile (reins ou testicules de préférence).

On fait un mélange d'eau physiologique et de ce tissu, on recouvre la surface du liquide d'une couche d'huile stérilisée ; on introduit la substance

syphilitique, on fait passer de l'hydrogène pur pendant quelques minutes; on place ensuite le tube dans un appareil à cultures anaérobies dans lequel le vide est fait par un mélange d'hydrogène, d'acide pyrogallique et de potasse. Trois semaines d'étuve à 37°.

On obtient un spirochète très long qui, inoculé à 8 lapins, produisit 2 fois une orchite typique. A la coupe du testicule, nombreux tréponèmes.

Une seconde espèce, courte et semblable au tréponème du tissu syphilitique, inoculée à 4 lapins, donna 3 fois une orchite typique au bout de 3 *semaines*. A. FAGE.

Sérodiagnostic de la syphilis.

Remarques sur les « recherches comparatives sur la méthode originale de Wassermann et les autres modifications utilisables » de Hoehne et Kalb (Bemerkungen zu « Vergleichende Untersuchungen der Originalmethode nach Wasserman mit den übrigen gebräulichen Modifikationen » von Hoehne und Kalb), par HUGO HECHT. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1911, t. 107, p. 419.

En réponse à un travail de Hoehne et Kalb (voir A. de D. et S., juillet 1911, p. 428), H. fait remarquer que sa méthode étant antérieure au procédé de Stern, il n'a pu combiner dans la sienne les méthodes de Bauer et de Stern.

Les résultats positifs que Hoehne a obtenus si nombreux sur des sérums non-syphilitiques doivent être attribués à ce qu'il n'a pas suivi la prescription de H. de n'employer que des doses minimes d'antigène. PELLIER.

Réponse aux remarques précédentes de H. Hecht (Erwiderung auf vorstehende Bemerkungen von Hugo Hecht), par F. HOEHNE. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1911, t. 107, p. 423.

H. dit qu'ayant employé un antigène répondant exactement à tous les desiderata et ayant donné d'excellents résultats avec la technique de W., on ne saurait comprendre que cet extrait, dilué selon la technique de Hecht, devienne subitement mauvais. Il rejette donc les réactions non spécifiques fournies par cette méthode sur l'emploi de sérums actifs. La méthode de Hecht ne peut remplacer celle de Wassermann à cause de son manque de spécificité clinique, de l'impossibilité d'établir un contrôle exact des extraits et de comparer entre eux les résultats à cause des variations du système hémolytique. PELLIER.

Expérience personnelle de la réaction de Wassermann et conséquences pratiques (Experiencia personal sobre la reaccion de Wassermann y consideraciones que desde el punto de vista practico de ella se desprenden), par ARRUGA. *Revista española de Dermatologia y Sifiliografia*, septembre 1911, n° 153, p. 481.

Pour vérifier l'influence du traitement en cours, A. pratique la réaction de Wassermann le lendemain d'une injection d'huile grise et après un repos de quinze jours; il a constamment retrouvé le même résultat, ce qui est en somme assez explicable et nullement démonstratif.

L'appréciation de l'intensité des résultats doit se baser sur l'emploi de quantités variables du sérum examiné. PELLIER.

Le sérodiagnostic de la syphilis en pédiatrie (Die Serodiagnostik der Syphilis in der Pädiatrie), par R. Ledermann. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 106, p. 325.

La réaction de W. a souvent un résultat négatif chez des enfants dont les parents sont syphilitiques, soit au point de vue clinique ou sérologique. Mais dans aucun des cas ayant réagi négativement, les symptômes cliniques n'imposaient le diagnostic de syphilis.

La réaction positive est souvent d'une persistance extraordinaire chez les hérédo-syphilitiques et dans les syphilis extra-génitales de l'enfance.

Pellier.

Observations cliniques sur la réaction de Wassermann dans la syphilis (Klinische Beobachtungen über Wassermanns Reaktion bei Syphilis), par J. Almkvist. *Dermatologische Zeitschrift,* juin 1911, p. 580.

La réaction de Wassermann devient positive de 5 à 10 semaines après le coït infectant, de 1 à 7 semaines après l'apparition du chancre; elle apparaît parfois trois semaines avant la roséole. Elle peut rester positive pendant des périodes de plusieurs mois mais elle peut aussi alterner avec des périodes de réaction négative.

L'action du mercure sur la réaction est indéniable mais présente de très grandes variétés. Elle se manifeste avant la fin, pendant ou longtemps après la fin du traitement. Pour rendre une réaction négative un second traitement est parfois nécessaire; il y a des cas très résistants. A. a dans quelques cas obtenu ce résultat par l'iodure (trois fois sur huit) et par l'atoxyl (un cas sur deux).

Les prostituées, sans signes cliniques de syphilis ont eu dans la proportion du quart, présenté des Wassermann positifs. Parmi elles certaines étaient soumises au contrôle médical depuis de longues années (jusqu'à dix-sept ans). Les cas de prostituées âgées sans syphilis décelable, même par la séroréaction, existent mais sont rares.

Pellier.

L'importance pratique de la réaction de Wassermann pour le traitement de la syphilis et particulièrement de ses formes tardives (Die praktische Bedeutung der Wassermann'schen Reaktion für die Therapie der Syphilis, besonders der Spätformen), par A. Plehn. *Berliner klinische Wochenschrift,* 1911, n° 34, p. 1544.

La réaction de Wassermann est une arme à deux tranchants entre les mains de celui qui ignore les limites de l'utilisation de ses résultats. P. montre à cet égard quelque scepticisme basé sur les cas où il a vu la réaction se modifier sans l'influence d'aucun traitement, l'autopsie affirmer la syphilis après un Wassermann négatif ou inversement. Il y a des sujets dont le Wassermann reste positif pendant des années sans que survienne aucun symptôme clinique; la réaction positive ne démontre donc pas que les troubles suspects de syphilis survenant chez ces malades soient de nature syphilitique.

Il ne saurait être question, surtout au début de la syphilis, de baser la thérapeutique sur les données de la séroréaction; la réaction peut très rapidement devenir négative, alors que la nécessité d'un traitement prolongé est reconnue. N'y a-t-il pas des inconvénients, ne fût-ce qu'au point de vue

moral, à obliger des malades dont la syphilis bien soignée n'inspire aucune crainte pour le présent, à poursuivre, par des traitements sans fin, le changement de sens d'une réaction qui s'obstine à rester positive?

PELLIER.

Traitement mercuriel et réaction de Wassermann (Quecksilbertherapie und v. Wassermans Reaktion), par K. MARCUS. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 107, p. 17.

M. fait très justement remarquer que les cas où l'on trouve une réaction positive à la fin d'un traitement mercuriel par les sels insolubles et une réaction négative au bout d'une période plus ou moins éloignée, ne sont nullement paradoxaux. Il suffit, pour se les expliquer, de connaître le mode d'action des sels insolubles.

L'influence du traitement mercuriel sur la réaction de W. est incontestable non seulement pendant le traitement lui-même, mais encore aux périodes de latence tardive : le pourcentage des résultats positifs suivant que le traitement a été sérieux, incomplet ou nul, varie de 13 à 81 pour 100.

Dans les premières périodes de la syphilis, une réaction négative ne saurait servir de guide thérapeutique sans exposer aux récidives. Au stade de latence, une réaction positive sera une indication de traitement : l'expérience de Boas est sur ce point très démonstrative. PELLIER.

Sur la réaction de Wassermann chez les saturnins (Ueber Wassermannsche Reaktion bei Bleivergifteten), par A. DREYER. Tirage à part de la *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1911, nº 17.

On trouve souvent une réaction positive, en dehors de toute syphilis, chez les saturnins. Ce fait ne saurait diminuer la valeur du procédé. Trois réactions pratiquées sur des ouvriers atteints d'hydrargyrie professionnelle ont été négatives. On peut néanmoins se demander s'il ne serait pas possible d'attribuer à une action analogue à celle du plomb certains cas paradoxaux de Wassermann positifs résistant aux traitements mercuriels et disparaissant avec ceux-ci. PELLIER.

Sur le séro-diagnostic de la syphilis au moyen de la réaction de conglutination (Über Serodiagnose der Syphilis mittelst Konglutinations reaktion), par KARVONEN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 108, p. 435.

La réaction de Karvonen est basée sur la substitution au système hémolytique utilisé dans la technique de W. N. B. d'un système conglutinant; un de ses avantages est l'emploi comme ambocepteur (conglutinine) du sérum de bœuf qui jouit de cette propriété vis-à-vis des hématies de cobaye et comme complément du sérum de cheval. On a ainsi finalement de grandes quantités d'un ambocepteur de valeur constante : le complément est d'une fixité suffisante si l'on se sert toujours d'un même cheval. Comme antigène, K. emploie l'extrait alcoolique de cœur de bœuf.

L'ordonnance de l'épreuve est semblable en son ensemble à celle de la réaction de W. Mais le résultat de la réaction doit être lu après une agitation lente des tubes. En cas de réaction négative, on voit se former au sein de l'émulsion trouble de petits grains, puis des masses rouges plus grosses, dont la réunion aboutit à la formation d'un coagulum tombant au fond du

tube et à un élargissement complet du liquide. Dans le cas contraire les hématies restent en suspension.

Karvonen a essayé sa méthode parallèlement à celle de W. N. B. dans 552 cas. Sur ce nombre, 350 étaient parfaitement connus quant à leurs antécédents pathologiques ; sur ces derniers les résultats ont coïncidé 278 fois (161 négatifs et 117 positifs). Dans 66 cas à W. négatif la réaction de K. a été positive ; le contraire ne s'est présenté que 6 fois. Or sur les 66 cas à W. — et à K. +, il y avait 47 syphilis avérées ; la syphilis était niée 19 autres fois.

K. conclut de ces résultats que sa méthode mérite tout au moins d'être utilisée à titre complémentaire dans les cas où les résultats de la technique de W. laissent quelque incertitude. PELLIER.



Réinfection.

Réinfection syphilitique ou pseudo-chancre? (Reinfectio syphilitica oder Pseudoprimäraffekt?), par GUTMANN. *Berliner klinische Wochenschrift,* 1911, n° 28, p. 1282.

A propos du travail de Friboes, G. rapporte 2 observations :

I. — Un homme de 25 ans présenta un chancre de la lèvre inférieure en mars et subit 2 traitements d'injections d'asurol. Wassermann négatif. Pas d'accidents ; une cicatrice lisse et blanche au niveau du chancre.

En janvier et février, nouvelle lésion semblable au même point, avec spirochètes ; guérison par une injection intraveineuse de Salvarsan. Le Wassermann a toujours été et reste négatif. Pas d'autres symptômes.

II. — Un homme de 24 ans présente en avril un chancre syphilitique du pénis ; une cure d'asurol ; pas d'autres symptômes ; 14 mois plus tard, ulcération dure du méat urétral avec spirochètes, guérie par une injection intraveineuse de 0,40 de Salvarsan.

Ces accidents correspondent très bien au « Solitär-sekundäraffekt » de Thalmann ; mais dans les cas de ce dernier, jamais la lésion ne s'était présentée si tardivement. G. pense qu'il s'agit là réellement de réinfection, en raison de l'absence constante de réaction de Wassermann, de véritable réinfection et non de superinfection, et G rattache ses faits de 2 obs. récentes de Bering et de Stühmer. CH. AUDRY.

Un nouveau cas de réinfection (superinfection) syphilitique (Un caso más de reinfección (superinfección) de sifilis), par A. SAINZ DE AJA. *Actas Dermo-Sifiliográficas,* IIIe année, n° 4, p. 392, avril-mai 1911.

Un malade présente en 1906 un chancre accompagné de symptômes secondaires : il est traité uniquement par des pilules de salicylate de mercure. Récidive en 1908 (plaques bucco-pharygées, douleurs ostéocopes). Même traitement qui le débarrasse de toute lésion. En 1911, nouveau chancre, avec lymphite dorsale typique, adénopathies inguino-crurales bilatérales et roséole typique ; spirochètes abondants dans le suc du chancre. L'auteur croit à une réinfection. J. MÉNEAU.

Syphilides.

Syphilis secondaire avec roséole ichtyosiforme (Secondary syphilis in which fading roseola simulated ichthyosis), par H.-G. ADAMSON. *Pro-*

ceedings of the Royal Society of medicine (Dermatological Section), vol. 4, n° 3, janvier 1911, page 33.

Un homme de 40 ans présente depuis quelques jours de l'aine aux cous-de-pied de l'ichtyose typique : même éruption un peu atténuée sur l'avant-bras. Syphilis avérée récente, quelques papules lenticulaires sur le tronc, les membres ; séroréaction de Wassermann positive.

Il s'agit d'une roséole anormale simulant l'ichtyose. G. Petges.

Sur un exanthème syphilitique rare (Lues leukischämica), über ein seltenes syphilitisches Exanthem, par A. Brauer. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1911, t. 106, p. 85.

La lésion syphilitique ici décrite peut être rangée à côté de certaines leucoatrophies spécifiques antérieurement décrites ; mais elle en diffère cependant par certains caractères fondamentaux.

Une femme de 18 ans prend la syphilis en décembre 1908 ; elle est traitée régulièrement. Le 22 juin 1910, elle accouche d'un enfant bien portant ; pendant les derniers mois de la grossesse, elle a présenté sur les avant-bras des taches blanches grosses comme des lentilles qui se sont étendues en manière d'efflorescences blanches annulaires, sans dépression, bien circonscrites, complètement anémiques, brillantes, un peu plissées, finement squameuses, qui s'agrandissent tantôt sans modification involutive, tantôt avec guérison centrale. Le tout guérit rapidement par le mercure. Au microscope, les lésions étaient presque nulles.

D'après B. il s'agit d'une lésion anémique singulière engendrée par une paralysie des vaso-dilatateurs ou une excitation des vaso-constricteurs, quelque chose comme une roséole où les phénomènes seraient renversés. Ch. Audry.

Sur la question du pemphigus syphilitique des adultes ; un cas de syphilis bulleuse des adultes (Zur Frage der Blasensyphilide bei Erwachsenen. Ein Fall von Syphilis bullosa (Pemphigus syphiliticus adultorum), par Pawloff et Mamurowsky. *Monatshefte für praktische Dermatologie*, 1911, t. 55, p. 3.

P. et M. commencent par résumer les renseignements assez rares déjà publiés sur cette question. Puis ils donnent l'observation d'un homme de 21 ans, infecté 2 ans auparavant, qui présentait des bulles palmaires et plantaires, et qui guérit rapidement par des injections de sublimé.

Au microscope, spirochètes dans les vacuoles de la couche de Malpighi, dans les papilles et le derme.

Le cas était particulièrement intéressant, au point de vue général, en ce que les bulles se développaient sur un territoire cutané préalablement inflammé et infiltré et qui débordait la bulle même.

D'autre part, quelques éléments présentaient cliniquement et histologiquement un caractère végétant très accusé.

Ainsi, le pemphigus syphilitique des nouveau-nés ne leur est pas spécifiquement réservé, et peut se présenter chez l'adulte avec les mêmes caractères. Ch. Audry.

Lésions chancriformes au cours de la syphilis (Primäraffektartige Bildungen im Verlaufe der Syphilis), par G. Heim. *Dermatologisches Cenralblatt,* 1911, n° 11, p. 325.

Le malade, qui avait pris la vérole d'une Hottentote, presentait un chancre induré du frein le 7 novembre 1910, et en décembre, des accidents secondaires.

Le 4 février, 0,60 de Salvarsan en injection sous-cutanée. Guérison rapide.

Le 16 février, au-dessus du pénis, induration chancriforme qui disparut spontanément.

On ne peut pas interpréter ce fait comme une récidive rapide au sens de Bettmann. Il faut plutôt le rapprocher du cas de Thalmann et de Friebœs; c'est-à-dire le considérer comme une syphilide secondaire solitaire et chancriforme.

Ch. Audry.

Sur le pseudo-chancre après traitement intensif du début de la syphilis (Über Pseudoprimäraffekte nach intensiver Behandlung im Frühstadium der Syphilis), par W. Frieboes. *Dermatologische Zeitschrift,* 1911, n° 6, p. 543.

On voit parfois survenir peu de temps après un chancre initial suivi d'un traitement mercuriel énergique, une autre lésion franchement chancriforme. Hoffmann a signalé un fait de ce genre, et Thalmann les a étudiés ; il les a nommés : lésion secondaire solitaire (peut-être peut-on traduire par chancre secondaire?), et en a donné un certain nombre d'observations ; elle siège habituellement sur les amygdales, survient 7 à 8 semaines après la première cure et est tout à fait chancriforme ; elle s'accompagne de lympho-adénite et d'accidents exanthématiques.

Thalmann admet que le premier traitement a pu produire une sorte de stérilisation temporaire de l'organisme, encapsulant les spirochètes grâce à l'action des antitoxines, et en permettant ainsi momentanément une sorte de réinoculation.

De tels faits sont devenus plus nombreux depuis l'avènement du Salvarsan ; et c'est probablement à des cas de ce genre qu'on a eu affaire quand on a parlé de réinfection rapide après une cure de 606. F. donne lui-même trois exemples empruntés à la clinique de Lesser.

I. Un homme de 28 ans contracte la syphilis en décembre 1909, fait une cure de calomel pendant février 1910. Trois mois plus tard, Wassermann négatif; au niveau de l'omoplate, une lésion franchement chancriforme ; roséole du dos. — II. Un homme de 27 ans a un chancre syphilitique de l'urètre en mars 1910; traitement mercuriel faible (pilule de tannate Hg), 12 jours plus tard, 0,30 de Salvarsan dans les fesses, renouvelé 22 jours plus tard, après une légère poussée papuleuse sur la face. Trois mois après, sur l'avant-bras droit, lésion chancriforme à spirochète, puis récidive de roséole, etc. — III. Femme de 23 ans, syphilis secondaire en juin traitée par le salycilate Hg : en août, syphilides papuleuses, lésion chancriforme à spirochète de la paupière gauche. — Obs. IV. Femme de 24 ans. En juillet 1910, syphilis secondaire traitée par le Salvarsan intra-musculaire. Six mois plus tard, explosion xanthématique et lésion chancriforme des deux amygdales avec spirochètes sur l'amygdale gauche.

En résumé, dans ces faits, et d'autres publiés comme réinfection il s'agit de lésions tout à fait chancriformes, associées à des accidents exanthématiques et se produisant chez des sujets atteints et vigoureusement traités de la syphilis peu de mois auparavant. Il faut en rapprocher les faits décrits par Bettmann signalant les apparences spéciales de certaines récidives cutanées se produisant après le 606, et caractérisées par leur aspect circoncrit, leur forme, leur volume. F. pense qu'on peut expliquer tous ces faits par l'hypothèse de Thalmann. Celui-ci admet que le traitement précoce et énergique a provoqué une stérilisation partielle de l'organisme. Mais certaines parties de celui-ci se trouvent donc avoir été privées partiellement de l'action des anticorps énergiquement diminués par la cure même ; d'où il suit que certains territoires restent entièrement propres au développement des spirochètes tout comme s'il s'agissait de terrain vierge. Au reste on peut d'ailleurs admettre la possibilité d'une superinfection dans ces cas de chancre secondaire, auxquels il faudrait rapporter la plupart des soi-disant réinfections à courte échéance. CH. AUDRY.

Syphilis maligne.

Syphilis maligne (Lues maligna), par H. HECHT. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 108, p. 387.

H. a remarqué que parmi les cas de syphilis florides où la séro-réaction est négative, il en est un nombre relativement grand appartenant à des syphilis malignes. Mais qu'est-ce que la syphilis maligne?

H. en donne les définitions de Neisser, Lesser, Finger, Tarnowsky, etc., et montre que les opinions et les formules diffèrent, sans avoir rien d'arrêté.

Lui-même commence par donner 12 observations qu'il croit pouvoir qualifier ainsi. Il conclut que dans la syphilis maligne les manifestations cutanées peuvent affecter les formes les plus différentes : ulcéreuses, ecthymateuses, pustuleuses, tubéreuses, etc , gommes précoces, lichen syphilitique. Elle peut aussi s'accompagner de lésions graves des muqueuses (plaques diphtéroïdes) et des os (périostites, perforation précoce du palais). On y a signalé l'absence de spirochètes, mais ce caractère n'est nullement constant.

L'existence d'une réaction lymphatique vive dans les ganglions a une signification plus favorable que son absence. L'apparition des adénites, là où elles manquaient, est d'un bon pronostic ; l'inverse a une signification défavorable.

La séro-réaction apparaît comme en rapport avec la réaction de défense de l'organisme. Dans la syphilis maligne une séro-réaction régulièrement positive ou négative est d'un mauvais pronostic ; la rapide disparition d'une séro-réaction positive est suspecte ; le changement négatif en positif est plutôt défavorable.

Guth, à l'examen réfractométrique, a vu que la teneur du sang en albumine était anormale. Winternitz a montré que cette teneur était régulièrement augmentée chez les syphilitiques ; en cas de syphilis maligne elle reste à son taux habituel, ou est diminuée ; ainsi, il est vraisemblable que la teneur en albumine traduit la puissance de la réaction de l'organisme.

La non-action du mercure n'est pas un élément de définition de la syphilis maligne, car des cas légers peuvent résister, et des cas graves y obéir. L'iodisme n'a pas non plus de signification à ce sujet.

Si, comme il peut arriver, le Salvarsan n'agit pas ou agit mal, cela montre que l'organisme ne possède pas de pouvoir réactionnel suffisant.

L'élément de définition diagnostic est l'apparition précoce d'accidents tartifs à tendance destructive. Quant au pronostic, il est déterminé par le décours actuel de la syphilis et son traitement, par l'état général du malade, par les antécédents généraux pathologiques, par le pouvoir de réaction de l'organisme.

L'étiologie consisterait à savoir ce qui a pu et peut diminuer le pouvoir de réaction de l'organisme ; une syphilis maligne peut tenir à des maladies chroniques générales (tuberculose), à des états généraux chroniques débilitants (alcool, scrofule, etc.), à des maladies générales aiguës (variole, etc.) et aussi à des causes inconnues !

Pour le traitement, il varie avec le malade. En général, arseno-benzol ou calomel.

Une note additionnelle résume et combat la définition de syphilis mali gne contenue dans un travail de Buschke, définition qui s'appliquerait plutôt à des syphilis graves. Ch. Audry.

Affections syphilitiques du système pileux.

Un cas d'alopécie due à la syphilis acquise chez un enfant de 7 ans (A case of alopecia of acquired syphilis in a boy, aged 7 years), par Sequeira. *Royal society of Medicine of London,* 16 mars 1911. *The British journal of dermatology,* avril 1911, p. 118.

Enfant de 7 ans exclu de l'école pour une alopécie attribuée à la teigne. Anémique et grêle, la face couverte d'impétigo, il présente de l'adénopathie rétroauriculaire, de l'angle du maxillaire, épitrochléenne, etc. Une éruption rouge-brun, faite de papules infiltrées, met la cause en évidence. Séroréaction de Wassermann positive. En l'absence de lésion buccale ou génitale, S. suppose qu'il s'agit d'un chancre de la nuque développé sur une lésion d'impétigo, et trouve une base à cette hypothèse dans l'existence d'un ganglion particulièrement gros le long du sternomastoïdien.

G. Petges.

Syphilis du cœur et de l'aorte.

Syphilis congénitale du cœur (Congenital syphilis of the heart), par A. Scott Warthin. *The american journal of the medical sciences,* mars 1911, p. 398.

Ce mémoire, intéressant et étudié, montre l'existence d'une forme spéciale de myocardite interstitielle, partielle ou diffuse, due à la spirochæte pallida, et résultant d'une infection congénitale.

Elle peut exister indépendamment de tout autre symptôme anatomique syphilitique, et est bien d'origine spécifique.

Cette manifestation de la syphilis héréditaire est une cause importante de l'asphyxie des nouveau-nés et de la mort subite du premier âge.

Ces assertions sont étayées sur l'étude de 12 cas inédits ; dans la plupart

de ces observations l'aspect anatomique macroscopique était le suivant : cœur gros, muscle pâle ou bigarré, myocarde épaissi, parfois cavités dilatées. Pas de traces de lésions syphilitiques usuelles, gommes, etc.

Histologiquement, prédominance d'une infiltration conjonctive dissociant les faisceaux musculaires, avec infiltration de lymphocytes, de cellules plasmatiques, et de grosses cellules épithélioïdes à protoplasma granuleux peu coloré et à noyau pâle.

Ce processus paraît être centré par les petites artères et les capillaires ; il existe de l'infiltration périvasculaire ; la lumière des vaisseaux est souvent oblitérée par les mêmes éléments, mais l'endartérite n'est pas la lésion dominante : la prolifération conjonctive et épithélioïde est plus importante ; son point de départ est dans la paroi des vaisseaux et dans le tissu périvasculaire.

La fibre musculaire cardiaque a subi la nécrose de coagulation, avec un aspect gélatineux.

Absence totale de formations gommeuses. La présence de spirochètes nombreux, mis en évidence par la méthode de Levaditi, démontre la spécificité des lésions.

Neuf bons dessins reproduisent les coupes caractéristiques de cet important travail. G. Petges.

L'aortite moyenne gommeuse ou mésaortite gommeuse, par Ch. Ladame. *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière,* décembre 1910, p. 622.

Description basée sur 9 observations, dont 6 concernant des paralytiques généraux.

Les lésions siègent le plus ordinairement à l'origine de l'aorte ascendante, sur sa paroi postérieure, sous forme de plaques à contours irréguliers, donnant l'impression d'une cicatrice, de teinte blanc rosé, légèrement surélevées, à surface inégale, rarement calcifiées.

A l'examen microscopique, on trouve à la phase d'activité du processus, dans la tunique moyenne et dans l'adventice, des foyers et des traînées périvasculaires d'infiltration formés de leucocytes, de lymphocytes et de cellules plasmatiques : par places, on observe des amas de cellules épithélioïdes entourées de lymphocytes et présentant à leur centre des cellules géantes du type de Langhans, ce sont de petites gommes ressemblant à des tubercules ; on trouve aussi des gommes plus volumineuses, mais à peine visibles à l'œil nu ; les fibres élastiques sont rompues, dégénérées, englobées dans les masses en prolifération. La tunique interne est normale, à l'exception de la présence de quelques lymphocytes. A la phase cicatricielle, les fibres élastiques ont disparu, il y a des semis de foyers leucocytaires, mais surtout les parois sont amincies et devenues cicatricielles.

Ces lésions ont une grande importance pour établir l'origine syphilitique de la paralysie générale. G. Thibierge.

Syphilis des ganglions lymphatiques.

Sur l'origine des adénites lymphatiques secondaires avec remarques sur la névrite secondaire (Über die Entstehung der sekundären syphilitischen Drüsenschwellung nebst Bemerkung über Neuritis des

Sekundärstadiums), par S. Ehrmann. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1911, t. 106, p. 211.

E. a vu qu'au niveau des syhilides maculeuses on trouvait des spirochètes manifestement apportés par le courant sanguin, et qui envahissaient les fentes et les canalicules lymphatiques d'où ils gagnaient les ganglions dont ces lymphatiques étaient tributaires.

En examinant une de ces adénites, E. a vu que les trajets lymphatiques profonds contenaient des spirochètes, dont on trouvait les formes dégénérées dans les lymphatiques superficiels.

Enfin, il a vu les spirochètes pénétrant jusque dans le périnèvre des petits rameaux nerveux et entre les filets nerveux, ce qui peut expliquer le mécanisme de la névrite syphilitique ascendante. Ch. Audry.

Syphilis des articulations.

Sur les arthrites dans la syphilis acquise (Über Gelenkerkrankungen bei Lues acquisita), par S. Wysocki. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1911, t. 107, p. 305.

11 observations d'arthrite survenues au cours de la syphilis. La plupart répondent à des formes polyarticulaire, pseudo-rhumatismale subaiguë ou chronique.

D'une manière générale, ces arthrites sont notablement améliorées, mais rarement tout à fait guéries par le traitement mercuriel.

Rien de nouveau si ce n'est que ces formes polyarticulaires et pseudo-rhumatismales de la syphilis articulaire sont plus fréquentes qu'on ne le croit. Ch. Audry.

Syphilis du système nerveux.

La numération des éléments cellulaires du liquide céphalo-rachidien pour apprécier l'évolution des lésions et l'action thérapeutique dans les maladies nerveuses syphilitiques, par Milian et Lévy-Valensi. *Bulletin de la Soc. médicale des Hôpitaux*, 1er juin 1911, p. 707.

Les auteurs ont étudié exactement, au moyen de la cellule de Nageotte, les variations de la lymphocytose rachidienne à la suite du traitement par l'arsenobenzol.

Sur onze tabétiques anciens, quatre ont vu leur lymphocytose augmenter ou rester stationnaire malgré le traitement; chez les sept autres, la lymphocytose descendit avec rapidité, en particulier chez l'un où de 49 elle tombait à 6 en deux mois et demi, après trois injections de 606. Chez un autre elle descendit de 91 à 30.

Dans deux cas de syphilis cérébrale, la lymphocytose ne fut pour ainsi dire pas modifiée.

Dans trois cas de paralysie générale, au contraire, elle décrut rapidement à la suite du traitement.

M. Henri Dufour croit que le bénéfice retiré du traitement par les tabétiques ne peut se mesurer par la teneur en lymphocytes du liquide céphalo rachidien.

Chez une femme de 33 ans, tabétique, la lymphocytose rachidienne

avait notablement diminué au cours d'un traitement à l'iodure de mercure puis au calomel. Ce résultat ne fut cependant que passager et, malgré un traitement prolongé, la lymphocytose redevint peu après ce qu'elle était au début du traitement.

On fit alors à cette malade trois injections intraveineuses de 606 : la teneur du liquide céphalo-rachidien en lymphocytes resta toujours très élevée. A. FAGE.

Variations quantitatives de la lymphocytose rachidienne chez les tabétiques non traités. Influence de la statique. Déductions pathogéniques, par MM. SICARD et Marcel BLOCH. *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris,* 13 juill. 1911, p. 77.

S. a examiné les variations quantitatives de la lymphocytose rachidienne sous l'influence de la statique, de la quantité du liquide prélevé, de la pression et du lieu d'élection de la ponction.

Chez un tabétique couché depuis 10 heures, on trouve 33 lymphocytoses. Chez le même malade après 6 heures de stations verticale ou de marche, la numération indique 58. Après 12 heures de position de Trendelenburg le taux lymphocytaire n'est plus que de 11.

Le liquide d'une ponction lombaire étant recueilli dans trois tubes différents et à la dose uniforme de 60 gouttes, on trouve dans le premier tube prélevé 44 lymphocytes, dans le second 31, dans le troisième 19.

Chez un malade la même quantité de liquide céphalo rachidien est prélevée simultanément par deux ponctions faites, l'une entre le 2e et le 3e espace lombaire, l'autre au niveau de la fente lombo-sacrée. Le taux lymphocytaire est de 46 pour le tube supérieur lombaire, de 59 pour le tube inférieur lombo-sacré.

Chez un même malade, le liquide céphalo-rachidien qui s'écoule rapidement au travers d'une aiguille à gros calibre, présentera plus de lymphocytes que celui s'écoulant lentement au travers d'une aiguille de très petit calibre. A. FAGE.

Un cas d'atrophie musculaire progressive chez un syphilitique, par A. BAUDOUIN et G. BOURGUIGNON. *Société de neurologie de Paris,* 10 novembre 1910. *Revue neurologique,* 30 novembre 1910, p. 536.

Homme de 39 ans, ayant eu la syphilis dix ans auparavant (chancre de la lèvre supérieure), chez lequel se sont développés depuis 2 ans, sans douleur d'aucune sorte, des troubles parétiques avec amyotrophie, frappant principalement, au membre supérieur, le groupe Aran-Duchenne des deux côtés et au membre inférieur le groupe antérieur de la jambe, et s'accompagnant de réaction de dégénérescence. Aucun signe de tabes. G. THIBIERGE.

Syphilis de l'œil.

Deux cas de syphilis oculaire grave, survenus quelques semaines après des injections de composés organiques de l'arsenic, par ROCHON-DUVIGNEAUD et MONBRUN. *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris,* 1er juin 1911, p. 731.

OBS. I. — Femme de 23 ans, atteinte de syphilis secondaire, reçoit en

mars 3 injections intramusculaires d'arsenophenylchlorohydroxyamine de Mouneyrat.

40 jours après la dernière injection elle présente une névrite optique intense de l'œil droit ; peu de jours après, une iritis du même œil.

Une ponction lombaire ramène un liquide fortement albumineux et contenant de nombreux lymphocytes.

Obs. II. — Femme de 28 ans, syphilitique secondaire, reçoit en mars 3 injections intraveineuses de Salvarsan.

25 jours après la dernière injection elle éprouve de la céphalée et des troubles de la vision. On trouve chez elle une iritis subaiguë de l'œil droit, qui s'atténue rapidement après quelques injections de benzoate.

Vers le 16 mai, troubles visuels du côté de l'œil gauche ; on constate une double papillo-rétinite des plus prononcée.

La ponction lombaire donne un liquide non hypertendu, légèrement albumineux, avec lymphocytose faible ou nulle. A. Fage.

Syphilis de l'oreille interne.

Sur les altérations de l'oreille interne à un stade précoce de la syphilis (Ueber das Vorkommen von Erkrankungen der inneren Ohres in frühen Stadins der Syphilis, par H. Frey. *Wiener klinische Wochenschrift,* 1911, n° 18, p. 385.

F. rappelle d'abord le débat soulevé par Finger au sujet de l'influence exercée sur la production des troubles de l'ouïe par le Salvarsan.

A ce propos F. montre qu'il est assez facile de trouver dans nombre d'auteurs antérieurs des indications permettant de montrer que les troubles de l'ouïe à une période plus ou moins précoce de l'infection syphilitique sont beaucoup plus fréquents qu'on ne le croit communément. L'attention a été dirigée de ce côté par les accusations portées sur le Salvarsan, et on s'aperçoit qu'un grand nombre de cas passaient autrefois inaperçus.

Ch. Audry.

Hérédo-syphilis.

Syphilis héréditaire avec pigmentation anormale (Hereditary syphilis with unusual pigmentation), par H. Rockwell Varney et R.-C. Jamieson. *The journal of cutaneous diseases,* janvier 1911, p. 20.

Enfant de 11 ans, fille de syphilitiques, présente des stigmates héréditaires : tibia en lame de sabre, dents d'Hutchinson, visage vieillot, etc.

On remarque sur divers points de son corps, visage, cou, bras, et régions exposées à la lumière, des plaques pigmentées, ne s'effaçant pas en hiver, sans squames ni induration, rappelant le xeroderma pigmentosum, ainsi que le montre la belle photographie annexée à cette observation. G. Petges.

Hémiplégie spasmodique unilatérale chez un enfant hérédo-syphilitique (Halbseitige spastische Hémiplégie bei einem kongenital-syphilitischen Kinde), par J. Heller. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 106, p. 253.

La maladie a débuté à l'âge de 1 an, brusquement par le bras gauche,

puis s'étendit progressivement, et enfin prend un caractère spasmodique.

Rien de particulier, qu'un Wassermann négatif. L'enfant était sûrement hérédo-syphilitique (pemphigus à la naissance, etc.). Ch. Audry.

La destinée des hérédo-syphilitiques (syphilis héréditaire tardive?) [Ueber das Schicksal hereditärsyphilitischer Kinder (Lues hereditaria tarda)], par F. Bering. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 106, p. 17.

Travail reposant sur l'étude de 37 observations d'enfants, de jeunes gens ou d'adultes ayant présenté des symptômes de syphilis héréditaire survenus longtemps après la naissance. En moyenne, la maladie a débuté vers la huitième année de la vie, parfois beaucoup plus tôt, parfois beaucoup plus tard. Le Wassermann a été positif dans 27 cas sur 33 qui ont pu être examinés à ce point de vue. De toutes les manifestations, une des plus fréquentes a été l'arthrite double ou simple du genou (16 fois) ; 26 fois, on nota de la kératite parenchymateuse, et 26 fois des déformations osseuses.

Cette arthrite double du genou, étudiée par Bosse, a une importance particulière, et demande à être distinguée de l'arthrite tuberculeuse (Wassermann, tuberculine, etc.). Dans 19 cas, il y avait des tuméfactions ganglionnares ; 11 fois, des dents d'Hutchinson ; 8 fois des cicatrices radiées des lèvres. Toutes ces altérations pouvaient du reste se rencontrer sur un même sujet.

La kératite parenchymateuse guérit souvent par le traitement mercuriel ; mais les altérations ostéales et articulaires sont bien plus rebelles, et récidivent souvent. Les fortes doses de KI associées à Hg donnent les meilleurs résultats. On n'observe guère de guérison spontanée. Sur 3 cas traités par le 606, un seul (gomme) a donné un bon succès alors que le mercure avait échoué. Ch. Audry.

Sur les maisons de secours pour enfants hérédo-syphilitiques (Ueber Pflegeheime für hereditär-luetische Kinder), par Rosenthal. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 107, p. 151.

C'est Welander qui a fait installer le premier asile pour hérédo-syphilitiques : les Danois ont suivi, puis Berlin. On y garde les enfants pendant les 4 premières années de leur vie ; il y a 40 places ; chaque année on en prend 10 nouveaux âgés de moins d'un an qui remplacent les 10 enfants de 4 ans qui sortent. On emploie comme traitement la méthode d'inhalation (les sacs de Welander) avec succès. Si les enfants ne sont pas nourris par leurs mères, on leur donne du lait de vache. Naturellement, l'allaitement féminin donne les meilleurs résultats.

Les résultats paraissent très bons jusqu'à présent, il est vrai que la fondation Berlinoise ne fonctionne que depuis 2 ans (elle se trouve dans les environs de Berlin, à Friedrichshagen, sur les bords d'un lac). Ch. Audry.

Sur la syphilis congénitale de seconde génération (Ueber Syphilis congenita in der II Generation), par R. Bergerath. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 105, p. 125.

B. commence par rappeler les conclusions du rapport d'E. Fournier au

sujet des conditions nécessaires pour que l'on puisse conclure à l'existence d'un cas de ce genre.

Lui-même donne l'observation d'un enfant de 3 mois offrant les signes certains d'une syphilis congénitale qui guérirent par le traitement mercuriel ; l'enfant succomba d'ailleurs à de l'entérite. La mère, âgée de 29 ans, a eu une enfance chétive ; elle souffre de la tête, d'insomnie, etc. Sur 4 enfants précédents, un mort de diarrhée, un mort-né, un mort d'entérite, un mort-né. Rien ne permet de supposer une infection d'origine extraconjugale. Wassermann positif, ulcération de la langue guérie par le traitement spécifique. Le père de l'enfant est sain, nie tout antécédent, n'offre aucun stigmate. Le grand-père et la grand'mère (le père et la mère de la femme) de l'enfant sont syphilitiques ; mais un frère de la mère est sain.

Étant donnée la double infection des grands parents, etc., on est autorisé à conclure à une syphilis congénitale de seconde génération chez l'enfant.

Reprenant ensuite un certain nombre de cas publiés par d'autres auteurs, B. en fait la critique ou les résume, ainsi que les travaux étendus de E. Fournier et de Hochsinger, et de quelques autres auteurs sur les suites de la syphilis congénitale. Avec Fournier, et à l'encontre de Tarnowsky, B. admet que la syphilis de deuxième génération peut être virulente et non seulement dystrophique. B. rapporte ensuite quelques cas destinés à montrer que la syphilis de deuxième génération peut causer des lésions oculaires, et en particulier la kératite parenchymateuse. Cependant, il ne faut pas trop généraliser le rôle de la syphilis dans la genèse des dystrophies, de l'ichtyose, par exemple.

B. remarque que la réaction de Wassermann a été positive simultanément chez l'enfant, la mère et le grand-père et rappelle brièvement à ce sujet la question des lois de Colles et de Profeta que les recherches récentes tendent à faire considérer comme traduisant simplement des infections latentes révélées par le Wassermann. Il y aurait ou des enfants malades, ou des enfants sains ; il n'y aurait point d'immunisés : ce qui passait pour immunité n'était ou n'est que de la syphilis latente. Quant à la réinfection des syphilitiques congénitaux, le mieux est de l'expliquer par une guérison complète ; l'immunité disparaît avec l'infection. Mais il faut répéter souvent le Wassermann chez les enfants suspects : un fœtus peut être infecté pendant les derniers temps de son séjour intra-utérin, et ne présenter la réaction de Wassermann que longtemps après sa naissance. Quant à l'hérédité purement paternelle, spermatique et ovulaire, sans infection de la mère, tout porte à croire qu'elle n'existe pas. Ch. Audry.

Traitement de la syphilis.

Résultats obtenus dans la thérapeutique abortive du chancre syphilitique par les injections locales de cyanure de mercure (Sui risultati fino ad ora ottenuti nella terapia abortiva della sifilide nel periodo iniziale col trattamento locale di iniezioni di cianuro di mercurio), par Mariotti. *Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle,* 1911, vol. LII, p. 229-237.

M. emploie la technique suivante. Il provoque d'abord l'hyperémie de la région indurée par application d'une petite ventouse de Klapp ou par l'ap-

position d'une ligature à la base de la verge. Il applique aussi des ventouses de Klapp sur les aines. Puis il injecte 1 gramme d'une solution de cyanure de Hg à 1/2 pour 100 dans chacune des deux aines et 1 gramme d'une solution à 0,25 pour 100 dans le pourtour du chancre. Dans les aines il fait de 30 à 50 injections; autour du chancre, de 12 à 14 selon la tolérance.

4 malades ainsi traités en décembre 1908 n'ont présenté depuis aucun symptôme de syphilis et la réaction de Wassermann s'est maintenue constamment négative si bien que M. croit pouvoir les considérer comme guéris. H. MINOT.

Le traitement précoce de la syphilis (Die Frühbehandlung der Syphilis), par G. SCHERBER. *Dermatologische Zeitschrift,* juin 1911, p. 555.

L'A. donne vingt-cinq observations de syphilitiques soumis dès l'accident initial au traitement mercuriel et chez qui l'évolution de la maladie fut surveillée pendant une période variant de deux à quatre ans. Dans six cas seulement aucun accident ne survint.

S. conclut que le traitement précoce n'est jamais nuisible, qu'il est utile au point de vue prophylactique et présente toujours l'avantage de restreindre considérablement les inconvénients du stade secondaire.

PELLIER.

Sur les éruptions syphilitiques qui surviennent après ou pendant une cure mercurielle énergique, ou après les injections d'arsenobenzol (Ueber Syphiliseruptionen, die während energischer Quecksilberbehandlung und kurze Zeit nach dieser oder auf nach Arsenobenzolinjecktion auftreten), par M. OPPENHEIM. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 107, p. 123.

O. commence par rappeler brièvement l'existence de la réaction de Jarisch-Herxheimer, c'est-à-dire la réaction congestive qui se produit autour des syphilides cutanées au début d'un traitement mercuriel énergique, et plus souvent encore, après l'injection d'arsenobenzol.

A côté de ces faits aujourd'hui bien connus, il en existe d'autres sur lesquels O. attire l'attention. Ce sont des observations où l'on voit, 8 à 10 jours après le début d'une cure mercurielle énergique ou après une injection d'arsenobenzol, se produire des éruptions de papules plus ou moins nombreuses remarquables par l'intensité de leur couleur, une aréole congestive à leur pourtour, une sorte de succulence, et parfois de la douleur. Tantôt du reste il s'agit d'une première éruption, tantôt ce sont des récidives. Parmi les formes affectées par ces éruptions, la plus intéressante est celle qui représente l'érythème polymorphe avec ses localisations et son aspect.

O. remarque que ces faits ne sont pas faciles à expliquer, car pour les interpréter, on ne peut se contenter des différentes hypothèses, plus ou moins plausibles, qui ont été invoquées comme pathogéniques de la simple réaction de Jarisch-Herxheimer. Ch. AUDRY.

Les maladies ulcéreuses non spécifiques de la cavité buccale et le Salvarsan (Die nicht spezifischen Erkrankungen der Mandrahenhöhlec

und Salvarsan), par Gerber. Tirage à part de la *Münchener medizinische Wochenschrift,* n° 9, 1911.

L'angine de Vincent ne constitue qu'un type particulièrement remarquable entre les différentes lésions que peuvent engendrer les spirochètes normaux de la cavité buccale à la faveur d'une modification du terrain (stomatites, scorbut, noma, etc.). G. a traité avec succès par le Salvarsan, deux angines de Vincent et un cas de scorbut. En dehors de l'amélioration rapide constatée par les malades eux-mêmes l'arsenobenzol a pour effet de diminuer considérablement le nombre des spirochètes, lorsqu'il ne les fait pas disparaître complètement de la surface des lésions. Pellier.

Le Gérant: Pierre Auger.

CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT.



TRAVAUX ORIGINAUX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA SYPHILIS EXPÉRIMENTALE(1)

Par Mlle Johanne **Feilberg,**
Chef de clinique adjoint de l'hôpital communal de Copenhague.
(Travail de l'Institut de l'Université de Pathologie de Copenhague.)

Les premières expériences d'inoculation avec le matériel vénérien remontent aussi loin qu'à Hunter en 1767. Hunter expérimentait sur l'homme, et se servait de matériel vénérien de natures très différentes. La vénéréologie en était encore au temps des Unicistes, ce qui veut dire que la syphilis n'était pas encore absolument distincte de la gonorrhée et des chancres mous, et regardée comme une maladie clinique typique. Ce n'est qu'en 1850 environ que l'hypothèse du dualisme, inséparable du nom de Bassereau, a été émise. La différence de caractère, tant clinique que pronostique, entre le chancre mou et le chancre dur a été reconnue. On est encore indécis à l'égard des ulcérations paraissant être au premier abord des ulcérations vénériennes non syphilitiques et prenant plus tard un aspect induré spécifique. Rollet résout le problème en émettant l'hypothèse « du chancre mixte » et par là le dualisme a triomphé.

Une fois la syphilis regardée comme une maladie absolument distincte ayant acquis — ses droits civils médicaux — si je peux m'exprimer ainsi, les expériences d'inoculation deviennent plus sûres et plus conscientes, en ce qu'au moins le matériel employé est diagnostiqué positivement. C'est à peu près en même temps qu'on a cessé d'expérimenter sur l'homme et commencé à inoculer les animaux. En 1844 Auzias-Turenne fait sur un chat la première expérience.

Pendant les dix années qui suivent, il a été fait quelques communications, surtout en France et en Allemagne, au sujet de l'inoculation de la syphilis, avec plus ou moins de succès, sur des animaux de très différentes espèces, chien, chat, renard, mouton, chèvre, cochon. Elles n'ont assurément pas grande valeur, les lésions développées chez ces animaux, si éloignés de l'homme, n'ayant jamais pu être bien concluantes et le contrôle que nous avons maintenant de l'existence des

(1) J'adresse tous mes remerciements à M. le Pr. Salomonsen pour la bienveillance qu'il m'a témoignée et au Dr W. Jensen pour son précieux concours.

spirochètes pallida, n'existait pas encore à cette époque. Les plus intéressantes de ces expériences sont celles de Haensell, qui en 1881, après un mois environ d'incubation, provoqua sur des yeux de lapins des kératites et des iritis que nous avons toute raison de croire avoir été vraiment de nature syphilitique. Cela n'éveilla pas grande attention à l'époque que je viens de mentionner, et tomba vite dans l'oubli.

La véritable base de la syphilis expérimentale est due en réalité à Metchnikoff et à Roux, lorsqu'en 1903 ils réussirent à transmettre la syphilis aux singes d'espèces supérieures, et à produire un tableau clinique de la maladie, qui dans tout son cours correspond exactement à la syphilis humaine. La découverte de Metchnikoff et de Roux fut confirmée bientôt par Lassar et Neisser ; ce dernier surtout nous a donné une série de riches et intéressantes expériences, faites en 1905 à Java.

Puis vient la découverte de Metchnikoff et de Roux, de la réceptivité des singes d'espèce inférieure. Il va sans dire que ces derniers ne donnent pas d'aussi beaux symptômes secondaires, que ceux de l'espèce supérieure qui sont davantage la reproduction des accidents de l'homme, mais il se produit en tout cas après une période d'incubation convenable, une affection primaire typique sur les points inoculés.

Cependant la découverte la plus importante est celle du spirochète pallida faite par Schaudinn en 1905. Assurément il avait été vu par Bordet et par Gengou quelques années auparavant, c'est aussi à eux qu'est due la théorie de la fixation du complément, sur laquelle est basée « la réaction de Wassermann ».

Ils avaient trouvé de nombreux spirochètes pallida dans un chancre, mais ils n'avaient pu réussir à les poursuivre dans les différentes lésions syphilitiques, et c'est pourquoi l'honneur en revient à Schaudinn, qui après avoir constaté, tant dans les chancres indurés que dans les papules et les glandes, la présence du spirochète pallida, émit la supposition qu'on se trouvait en face du véritable microbe de la syphilis.

La découverte fut, comme l'on sait, reçue avec un enthousiasme joint à une assez grande réserve. Bien que pendant les six années qui suivirent, on se soit senti de plus en plus convaincu qu'on se trouvait en présence du microbe de la syphilis, la preuve irréfutable n'en a été donnée qu'il y a deux mois, lorsqu'on est arrivé avec la culture pure des spirochètes pallida à inoculer la syphilis à des lapins. C'est Noguchi, de l'Institut Rockefeller à New-York, et peu de temps après lui Hoffmann qui sont enfin arrivés à donner cette preuve décisive. Le spirochète est le véritable microbe de la syphilis, et ce fait étant acquis la science de la syphilis expérimentale peut à présent travailler sur des bases autrement sûres qu'elle ne l'a fait jusqu'ici. On se trouve à même d'exercer un contrôle exact, tant à l'égard du matériel d'inoculation, qu'à celui de la lésion qu'il provoque. En première ligne les

expériences antérieures faites sur des singes en ont profité, mais encore bien plus en 1906 les expériences faites sur des lapins par Bertarelli et par Parodi. Bertarelli inoculait dans l'œil, et Parodi dans les testicules, tous les deux avec de beaux résultats positifs, et en prenant le lapin comme sujet d'expérience, au lieu du singe, onéreux et difficile à acclimater, les conditions pour continuer les expériences se sont trouvées sensiblement améliorées. Parmi les premiers résultats acquis sont, par exemple, les recherches chimiothérapiques de Ehrlich, qui en grande partie ont été faites sur des lapins syphilitiques. Ceux dont les noms ont été le plus mentionnés pendant ces dernières années, lorsqu'il a été question de la syphilis du lapin, sont Lœsser et son collaborateur M. le Pr. Thomascewski, puis Uhlenhuth avec le Dr. Mulzer; ces derniers surtout ont obtenu de beaux résultats spécialement à l'égard de la syphilis généralisée, provoquée principalement par des inoculations intraveineuses et intracardiaques.

Au commencement, la constatation du spirochète pallida présenta nombre de difficultés, en partie parce qu'il est difficile et long à colorer, aussi parce qu'il est malaisé de le trouver, même dans une préparation bien colorée. Depuis, de grands progrès ont aussi été faits à cet égard. Landsteiner et Mucha font remarquer pour la première fois en 1906 (1), combien il est facile de découvrir le spirochète en l'éclairant intensivement sur fond noir, et peu de temps après Siedentopf améliora les principes déjà connus antérieurement pour ce genre de recherches, en construisant le condenseur paraboloïde. Par une combinaison de l'obscurcissement central et de ce condenseur, mis dans le commerce par Zeiss, en même temps que celui à peu près semblable de Leitz et Reichert, la lumière pénètre d'une telle manière la préparation, que les particules s'y trouvant deviennent lumineuses sur le fond noir, de la même manière que les grains de poussière deviennent visibles lorsqu'un rayon de soleil tombe en biais par une fenêtre. A l'hôpital communal, dans le service des maladies vénériennes et cutanées, nous nous sommes servis pendant les mois derniers de l'ultra-microscope, non seulement dans la division, mais dans la polyclinique, nous n'avons eu qu'à nous louer des résultats obtenus, et il en a été de même dans les polycliniques de vénéréologie à Paris et à Berlin, dans lesquelles j'ai travaillé pendant quelque temps.

*
* *

Je me suis servi pour les inoculations, d'animaux de différentes grosseurs et de races différentes, et j'ai l'impression que ces deux facteurs ne jouent aucun rôle. Il a été fait des inoculations soit de l'homme à

(1) Landsteiner et Mucha, *Wiener klin. Wochensch.*, 1906 et *Centralbl. f. bact.*, 1907.

l'animal, soit d'animal à animal, à la 2e et à la 3e génération, et le matériel d'inoculation a été respectivement des indurations, et des papules hypertrophiées, après m'être préalablement assurée à l'ultra-microscope de la présence de nombreux spirochètes pallida. Je me permettrai ici d'exprimer mes remerciements à M. le Pr. Rasch, à M. le Pr. Ehlers et à M. le Pr. Pontoppidan, pour la bienveillance avec laquelle ils ont mis à ma disposition tant à la division des maladies vénériennes à l'hôpital de la Commune, qu'à l'hôpital Rudolph Bergh, le matériel d'inoculation dont j'ai eu besoin pour mes recherches.

J'ai procédé de la manière suivante, soit en introduisant de petites parcelles du matériel vénérien, soit en le broyant dans un mortier, mélangé à quelques gouttes d'une solution physiologique de sel ordinaire, et en injectant l'émulsion. Les inoculations ont été faites en partie sous-cutanées dans le scrotum, en partie intratesticulaires. J'ai aussi inoculé dans la cornée, dans la chambre antérieure de l'œil et — d'après Uhlenhuth — dans la veine auriculaire. Cette dernière expérience est de si récente date qu'il n'est pas encore possible d'en exposer les résultats.

Je ne m'étendrai pas non plus sur les inoculations oculaires, aussi bien les cornéennes que les intra-oculaires. J'en ai pratiqué à peu près une vingtaine, mais toujours avec un résultat négatif, et comme malgré l'anesthésie locale, l'opération est douloureuse pour les animaux, et aussi, peu agréable à faire, je m'en suis tenu, pour les autres expériences, aux inoculations scrotales, qui en tout cas chez nous ont donné des résultats beaucoup plus favorables.

Le nombre des inoculations dont les résultats sont ici donnés est 111 — et 61 lapins seulement ont servi à les faire, car plusieurs sujets ont été doublement inoculés dans le scrotum et dans l'œil, ou dans les deux. Sur ces inoculations, 54 ont donné des résultats positifs, 39 négatifs, quant aux animaux restant, les uns sont encore dans la période d'incubation, les autres sont morts. De même que Uhlenhuth, j'ai pu constater l'augmentation du pourcentage des résultats positifs de passage en passage. Au premier passage de l'homme au lapin j'ai eu 15 résultats positifs et 25 négatifs soit 37 pour 100, au deuxième passage de lapin à lapin 18 positifs contre 9 négatifs, correspondant à 66 pour 100, et au troisième passage 21 positifs contre 5 négatifs, correspondant à 80 pour 100 environ. Je n'ai pu réussir jusqu'ici à obtenir un plus grand nombre de passages, et contrairement à Uhlenhuth, j'ai constaté qu'avec l'augmentation de la fréquence des résultats positifs, il se produisait une décroissance de virulence, moins de lésions primaires, et une tendance croissante à la cicatrisation spontanée.

La plupart des meilleurs résultats positifs locaux se sont présentés au premier passage, de même que les accidents secondaires ont été produits après transmission directe de l'homme au lapin. Enfin, je

mentionnerai que les plus beaux chancres obtenus chez le lapin ont toujours été provoqués par l'inoculation d'un matériel provenant d'un chancre induré et jamais des papules hypertrophiées.

Les inoculations avec papules hypertrophiées, sauf 2 cas, m'ont toujours donné des résultats négatifs, mais ces deux cas ont presque été les plus intéressants, une infection générale s'étant déclarée : des accidents secondaires apparurent sans ou presque sans lésion primaire préalable, tandis que les résultats positifs locaux plus intenses n'ont



Fig. 1.

jamais été suivis de signe de généralisation. Je reviendrai ultérieurement sur ces deux cas.

La période d'incubation varie entre 5 semaines et 4 mois et diminue avec l'augmentation du nombre des passages. J'ai l'impression que dans nos observations la période d'incubation est plus longue qu'elle n'est généralement indiquée dans les diverses communications. Dans nos meilleurs cas, elle a été d'environ 2 mois et demi-3 mois. Le résultat positif peut se présenter sous des formes assez variables. La plus ordinaire et la plus fréquente est celle-ci :

I. — *L'ulcération* peut être due aussi bien à l'introduction d'une

parcelle de matériel vénérien, qu'à une injection d'émulsion de ce matériel. Après une période d'incubation plus ou moins longue, il se montre sur les points inoculés une ulcération qui, au début, est petite, croûteuse et infiltrée. Elle fait assez vite des progrès, et en l'espace de 4-5 semaines, je l'ai vue souvent atteindre la grosseur d'une pièce de 2 francs. Elle a la forme typique d'un bouton d'une épaisseur de 1 centimètre et demi-2 centimètres, est dure et recouverte d'une épaisse croûte centrale (fig. 1). Sous la croûte, on trouve dans le sérum que laisse exsuder l'ulcération de nombreux spirochètes pallida et la recherche histologique, selon la technique de Levaditi, montre les tissus fourmillant de spirochètes pallida. Lorsque le chancre a atteint son maximum, le processus morbide semble s'arrêter, il reste pendant un certain temps stationnaire, puis ensuite commence à décroître assez rapidement. Après une décroissance de 3-4 semaines, il se fait alors une cicatrisation complète et spontanée, et cette importante lésion ne laisse qu'une légère marque pigmentée, non infiltrée. Il semble en être autrement lorsque j'ai excisé le chancre partiellement ou totalement. J'ai pu constater alors, assez souvent, une récidive. Le chancre en décroissance commence de nouveau à se développer et j'ai pu voir plusieurs fois après une excision totale, un autre chancre se former à l'endroit du chancre excisé. Le plus beau de ces cas est celui où, après excision, n'ayant pas suturé, le testicule est sorti du ventre, et 3 semaines après se présentait comme une tumeur presque dure, distendue, très augmentée de volume, dont la surface était croûteuse et excoriée. J'en fis l'excision, et l'on trouva à l'examen histologique une orchite typique et spécifique, avec nécrose du tissu testiculaire, une assez grande quantité de tissu séreux granuleux et de nombreux spirochètes pallida.

II. — J'ai aussi pu observer plusieurs fois un autre type de résultats, d'ailleurs beaucoup plus rares, après introduction d'une parcelle de tissu syphilitique dans le scrotum. L'incision par laquelle j'avais inoculé se referma, et la plaie se cicatrisa complètement, tandis que la parcelle de tissu syphilitique pouvait être sentie à la palpation comme un corps étranger se mouvant librement et ne provoquant pas de réaction apparente dans les tissus environnants. Après une plus ou moins longue période d'incubation, la parcelle de tissu inoculé se mit à croître, tout en continuant à rester librement mobile, de sorte que l'on avait l'impression que la croissance était indépendante et sans connexion avec les tissus environnants. Une seule fois je l'ai vue atteindre la grosseur d'un œuf de pigeon, elle était sous la peau intacte comme une tumeur dure, arrondie, unie, se mouvant librement, et en y pratiquant des ponctions capillaires, on a pu constater la présence de nombreux spirochètes pallida. Dans d'autres cas, elle adhérait secondairement à la peau, l'ulcérant, et finissant par aboutir à un chancre dur, reproduisant l'ulcération type mentionnée plus haut. Dans d'autres

cas l'adhérence ne s'est pas produite, la grosseur a graduellement diminué, puis a disparu spontanément et sans laisser de trace.

Dans ces cas particuliers, voulant épargner mes sujets d'expérience pour continuer les observations cliniques, je ne suis pas à même de présenter des recherches histologiques sur le processus morbide que je viens de décrire, mais j'espère en continuant mes travaux pouvoir faire à ce sujet de nouvelles recherches.

III. — Une troisième forme de résultats positifs est ce qu'on peut appeler « la forme en grains » : la peau du scrotum semble avoir été parsemée de grains de sagou, depuis la grosseur d'un grain de millet jusqu'à celle d'un pois. Si on les examine on y trouve de nombreux spirochètes pallida. Je ne les ai trouvés mentionnés en aucun endroit de la littérature ; M. le Pr. Thomasceswski les regarde comme une sorte d'embolies de spirochètes dans les vaisseaux lymphatiques de la peau.

IV. — Enfin, j'ai obtenu des orchites — en partie diffuse, en partie circonscrite, — elles ne se manifestent qu'après une injection de matériel vénérien en émulsion. Dans les formes diffuses, le testicule se montre à la palpation comme une grosse tumeur plastique, distendue, la forme circonscrite donne à la palpation la sensation d'une tumeur ferme et isolée, je l'ai vue atteindre la grosseur d'une cerise.

Les formes mentionnées jusqu'ici doivent toutes être regardées comme des manifestations primaires, des résultats positifs locaux dont la durée est plus ou moins longue et qui disparaissent ne laissant en général d'autre trace que ce reste de pigmentation dont j'ai parlé auparavant, où en tout cas jusqu'à ce jour, il ne s'est manifesté aucun signe d'infection généralisée. Cependant, comme je viens de le dire, dans 3 cas, j'ai eu des infections généralisées. Dans ces cas, dont la démonstration de l'un va être faite, voici quel a été le processus morbide. Le premier est un lapin mâle, auquel le 21 décembre 1910, j'ai inoculé dans le scrotum droit une parcelle de papule hypertrophiée. Il ne s'est pas déclaré de manifestation primaire et l'animal, en somme, n'était plus en observation, quand le 23 mai 1911, on constata que le poil tombait, puis on observa une périchondrite du cartilage du museau, une papule croûteuse presque de rupia sur le museau, et une semblable près de l'œil droit. Après l'enlèvement de la croûte, j'ai trouvé de nombreux spirochètes pallida dans la raclure que j'ai faite. Au commencement il n'y avait que ces deux papules, plus tard il en est survenu d'autres sur le museau. Après l'enlèvement de la croûte, la cicatrisation s'est faite, mais il y a eu récidive avec, toujours, présence de spirochètes. L'animal a été plusieurs fois photographié, et l'épreuve ci-jointe représente cet accident très rare (fig. 2). Comme je viens de le dire, le matériel d'inoculation a été une papule hypertrophiée, où, en outre d'une énorme quantité de spirochètes pallida, on pouvait constater un grand nombre de spirochètes refringens, de nombreux cocci

et différents bacilles. Je n'ose dire si cette infection mélangée a été la cause de ces manifestations; cependant il s'est produit une coïncidence assez intéressante en ce que l'autre manifestation généralisée que j'ai mentionnée auparavant a été, elle aussi, secondaire à une inoculation de papule hypertrophiée. Tandis que chez le n° 1 il ne s'est montré aucun résultat local positif, chez le n° 2 il s'est déclaré, au moins 2 mois et demi après l'inoculation, ce qu'on peut appeler « des grains » à l'endroit inoculé, et un mois après leur disparition un groupe typique de papules squameuses, dans lesquelles, 5 mois après l'inoculation, on trouvait encore des spirochètes. Ces deux cas sont à enregistrer, car il faut continuer à observer les animaux bien après le temps où l'on a renoncé à obtenir des accidents locaux. Dans le troisième cas



Fig. 2.

généralisé, qui contrairement aux deux premiers était dû à l'inoculation d'un matériel provenant d'une induration, il s'est montré de même un groupe de papules typiques, mais sans aucune manifestation locale préalable.

L'existence d'adénite consécutive à ces inoculations a donné lieu à des avis différents. Tomascewski prétend que très souvent les glandes inguinales peuvent être senties à la palpation, déjà dans les premiers passages et pour ainsi dire toujours dans les supérieurs. Uhlenhuth et Mulzer, au contraire, regardent la tumeur glanduleuse comme assez problématique. Je n'ai jamais pu la constater. Quant à la réaction de Wassermann chez les lapins syphilitiques, je n'ai pas encore commencé de recherches à cet égard, mais il est dans mes intentions de m'occuper très prochainement de cette question. D'après les communications présentées jusqu'à ce jour, il est difficile de se faire une idée de ce qui en est à ce sujet.

NÉPHRITE ET CHANCRE SYPHILITIQUES
(NÉPHRITE PRÉROSÉOLIQUE)

Par **Ch. Audry.**

I

J'ai rappelé ailleurs que l'exanthème roséolique ne doit pas être considéré comme représentant toujours la première manifestation appréciable de l'infection syphilitique généralisée. Avant la fin du délai traditionnel de 6 semaines, qui répond à ce que l'on appelle parfois la seconde incubation, on a noté plus d'un accident cutané notablement plus précoce. A s'en tenir aux tableaux de Bassereau, aux observations de Küss, de nous-même, de Buschke et Harder, de Kremer, on voit que la peau du syphilitique peut présenter des altérations ~~bien antérieures~~, ~~altérations~~ spontanées, ~~ou~~ provoquées, ou révélées par l'action du mercure (1).

C'est une mauvaise habitude de notre esprit de négliger l'évolution clinique de la maladie pendant cette période dite latente. Il est certain que dès ce moment, il existe dans l'organisme des localisations pathologiques importantes, jusqu'ici trop souvent méconnues et qui exercent sur le pronostic de l'infection une influence qui peut être considérable. A la vérité, on comprend mal pourquoi et comment la peau serait nécessairement le théâtre initial de la prolifération syphilitique généralisée.

Les quelques faits qui suivent serviront, je crois, à montrer que les phénomènes de généralisations viscérales sont souvent beaucoup plus précoces qu'on ne le croit communément. Elles permettront ainsi d'interpréter des anomalies telles que l'incurabilité de certaines déterminations dites *précoces*, dont les formes graves de néphrite syphilitique nous offrent un exemple.

II

Tout le monde sait que les déterminations rénales sont extrêmement fréquentes pendant toutes les périodes de la syphilis. Il suffit d'examiner systématiquement les urines des malades pour être convaincu

(1) Ch. Audry, Sur les exanthèmes provoqués, les exanthèmes préroséoliques et l'incubation de la syphilis. *Province médicale*, 6 mai 1911, p. 191.

que chez les syphilitiques récents, l'albuminurie est d'observation journalière. On sait aussi que la plupart du temps, cette albuminurie guérit sans peine par le traitement spécifique, quel qu'il soit. Enfin on connaît bien l'existence de la forme grave et précoce caractérisée par le taux énorme de l'albuminurie, et son habituelle incurabilité. Cette variété heureusement assez rare (je n'en ai guère rencontré qu'une dizaine de cas) paraissait singulière et inexplicable. Je crois qu'on l'interprétera plus aisément si l'on se convainc qu'elle répond à une localisation déjà ancienne bien que le stade de la syphilis passe pour précoce.

Les précautions qu'on est naturellement conduit à prendre avant d'administrer l'arséno-benzol aux malades porteurs de chancres syphilitiques comportent en première ligne l'examen des urines, examen qui était assurément souvent omis à ce moment. Or, sur un total approximatif de 80 malades porteurs de leur chancre, et non encore arrivés au moment des exanthèmes, j'ai eu l'étonnement de constater trois fois une albuminurie notable et dont rien ne me permettait de soupçonner l'existence.

Le premier fait remonte à plusieurs mois : il s'agissait d'un homme de 56 ans, sans antécédents. Il avait un chancre syphilitique du prépuce à évolution locale assez grave, nettement ulcéreux, mais par ailleurs caractéristique ; pléiade typique. Auto-inoculation négative. L'examen des urines y montre une quantité notable d'albumine. Je me contentai d'abord de friction mercurielle et d'un traitement local qui ne donnèrent pas de résultats. Le chancre datait de 3 semaines, et comme il n'offrait aucune tendance à la cicatrisation, je me décidai à faire une injection intra-veineuse de 0,25 d'arséno-benzol ; le taux de l'albumine augmenta sensiblement le jour suivant, puis revint à la quantité antérieure à l'injection ; une seconde injection de 0,20, pratiquée 10 jours après, fut aussi bien tolérée. Le chancre se cicatrisa très rapidement ; le malade fut remis aux frictions et quitta la clinique guéri ; l'albuminurie persistait. Dans ce cas, j'ai cru me trouver en présence d'un homme atteint de néphrite antérieure à la syphilis. C'est pourquoi j'ai procédé avec une réelle timidité, et je n'ai pas songé à rattacher l'albuminurie à la récente infection.

Tel qu'il est, ce fait ne vaut pas grand chose, mais il doit être rapproché des suivants, qui me paraissent beaucoup plus significatifs.

Henri D., 18 ans, n'offre aucun antécédent pathologique héréditaire ou personnel ; il porte une cicatrice du cuir chevelu résultant d'un traumatisme superficiel dont il fut victime à l'âge de 7 ans ; depuis lors, il aurait assez souvent mal à la tête.

Le 6 décembre, le malade s'aperçoit d'une ulcération indolente, unique et dure du filet. L'époque exacte du dernier coït ne peut être précisée. Le 2 janvier, le malade se présente avec ladite ulcération qui offre tous les caractères d'un chancre syphilitique, et s'accompagne d'une pléiade typi-

que. On examine les urines, et on constate la présence d'une notable quantité d'albumine. A l'examen du cœur, dédoublement mitosystolique qui, d'après le Pr. Rispal, n'offrait aucun caractère pathologique.

Je mets le malade au régime lacté et je fais injecter 0,20 d'hectine au-dessous du chancre.

Le surlendemain, l'albumine a considérablement diminué. J'injecte 0,40 d'arséno-benzol dans les veines. Pas de fièvre, pas d'accident. L'albumine reste minime.

Le 6. Urines 1 200 grammes, urée 17 grammes, chlorure 0,17, phosphate 1, 47, traces d'albumine.

On donne à manger au malade.

Le 8. 0,25 d'albumine environ par litre, à l'Esbach.

Le 12. Traces impondérables.

Le 14. On remet le malade au lait et l'on injecte 0,50 d'arséno-benzol dans les veines. Tolérance parfaite : pas d'autre phénomène que de la diarrhée.

Le 15. L'albumine a augmenté jusqu'au taux initial 1 gr. 50 par litre.

Le 16. Albumine réduite à un taux imperceptible. Ordonne à manger au malade. Friction mercurielle, etc.

Le 17. Albumine nulle.

Le 18. Le malade est en parfait état pour le moment présent.

Le 23, 0,60 d'arséno-benzol, parfaitement tolérés, état parfait.

A peu près simultanément, j'ai pu recueillir sur un autre malade les notes suivantes :

Jean S., mouleur, 18 ans, sans aucun antécédent héréditaire ou personnel, présente dans la rainure balano-préputiale un chancre syphilitique typique datant de 3 semaines ; Le dernier coït avait eu lieu plusieurs semaines (un mois ?) avant l'apparition du chancre. Pléiade typique. Auto-inoculation négative. Dans les urines, albumine notable dépassant 1 gramme dans le tube d'Esbach. Rien au cœur ; aucun trouble viscéral.

Lait. 0,40 d'arséno-benzol en injection intra-veineuse. Pas de fièvre ; vomissements, céphalée et diarrhée dans la journée. Le lendemain matin, état excellent ; le taux de l'albumine a légèrement diminué.

Le malade quitte le service pendant deux jours et suit le régime lacté. Le quatrième jour après l'injection, il rentre en parfait état ; le chancre est en voie de cicatrisation ; l'albumine est réduite à un faible nuage. Le cinquième jour, aucune trace d'albumine ; on donne au sujet le régime alimentaire ordinaire. Le neuvième jour, le chancre est cicatrisé. Le dixième jour, après la première injection d'arséno-benzol, on en refait une autre de 0,50. Tolérance parfaite ; pas de réapparition de l'albumine. On donne à manger au malade et on fait des injections d'huile grise. 9 jours plus tard, troisième injection intraveineuse de 0,55. Etat parfait (1).

Je crois qu'il est bien permis d'établir un rapport direct entre la

(1) Je viens de voir un quatrième malade semblable : mais le jeune homme, âgé de 20 ans, venait d'être traité de la gale, ce qui ne permet pas d'affirmer la nature syphilitique de la néphrite.

syphilis et ces albuminuries. La manière dont l'arséno-benzol a été tolérée, la diminution rapide du taux de l'albumine sous l'influence de ce traitement plaident, je crois, dans ce sens. Il est vrai qu'on est obligé de s'en tenir à des données assez grossières pour déterminer la nature de cette néphrite ; mais la multiplicité relative des faits, leur parallélisme et leur évolution me semblent, au moins provisoirement, des éléments d'appréciation suffisants.

Et je pense qu'il s'est agi *de néphrite syphitique déjà bien établie 3 et 4 semaines après le commencement du chancre, et bien avant l'apparition de toute manifestation exanthématique* (1).

IV

A vrai dire, cette interprétation est non seulement probable, mais encore à peu près certaine : on ne voit pas pourquoi la peau aurait le privilège des premières localisations du virus syphilitique. Il est au contraire très vraisemblable que la colonisation se fait dans les viscères aussi bien et aussi tôt que dans le tégument. La fragilité de l'appareil rénal, la circulation intensive dont il est le foyer, son rôle éliminateur, etc., sont autant de bonnes raisons à l'appui. Si l'on veut bien accepter cette donnée, on comprend pourquoi certaines néphrites dites précoces sont en réalité fort anciennes, et irréparables quand on vient à les constater.

V

Mais je ne voudrais pas laisser croire que ces faits sont nouveaux ; je me contente de copier A. Fournier : *Traité de la syphilis,* t. II, p. 606.

« La néphrite diffuse aiguë ou subaiguë peut être très précoce. Talamon a publié un cas de néphrite aiguë préroséolique survenue chez une jeune fille de 21 ans, peu de jours après l'apparition du chancre. La quantité d'albumine s'éleva jusqu'à 32 grammes par litre, mais diminua rapidement, si bien qu'en 10 jours tout symptôme de néphrite avait disparu, bien qu'on n'eut pas institué de traitement mercuriel. J'ai observé, à l'hôpital Saint-Louis, une néphrite aiguë survenue chez un homme exactement dans les mêmes conditions, avant l'apparition de la roséole ; elle guérit également très vite, mais avec le régime lacté et un traitement mercuriel. Wagner et Muhlig ont vu aussi, dans un cas, la néphrite

(1) Mon premier malade a été revu par M. le Pr. Rispal ; il avait une neuro-récidive méningée, et la même albuminurie, qui cédèrent à une nouvelle injection d'arséno-benzol : ce qui confirme la nature syphilitique de la néphrite.

débuter quatorze jours après le chancre... Sur 23 cas, Mauriac a vu une fois les accidents rénaux commencer 4 semaines après le chancre. »

VI

En résumé, il peut fort bien arriver que *l'infection syphilitique frappe le rein bien avant la peau, dès le temps du chancre, dès les premières semaines de la maladie, et avant ce qu'on est convenu d'envisager comme l'époque régulière des accidents dits secondaires.*

Très probablement, il en peut aller de même pour le foie, les méninges, etc.

Il faut se débarrasser de la notion *d'incubation* pour lui substituer celle de *latence* ou, peut-être, *d'ignorance.*

NOUVELLE MYCOSE : PARENDOMYCOSE GOMMEUSE ULCÉREUSE DUE A UN PARASITE NOUVEAU LE *Parendomyces Balzeri*

Par MM.

Balzer,
Médecin de l'hôpital
Saint-Louis.

Gougerot
Professeur agrégé
à la Faculté.

et Burnier,
Ancien interne des
hôpitaux.

Cette mycose due à un champignon nouveau, le *Parendomyces Balzeri,* ou *Parendomycose de Balzer,* est un exemple ajouté à tant d'autres de la fréquence des mycoses humaines.

Autrefois les mycoses passaient pour des raretés, pour des curiosités sans intérêt pratique, on ne connaissait guère que l'actinomycose, la blastomycose (exascoses), l'aspergillose, les pieds de Madura ou mycetome, et quelques faits exceptionnels de mucor mycose, etc. Il n'y avait guère que les teignes (épidermites mycosiques) qui, bien connues grâce à la remarquable série des travaux de Sabouraud, paraissaient faire exception à l'opinion générale, et, malgré les recherches de Roger, on possédait sur les infections mycosiques des idées si incomplètes qu'on croyait pouvoir les opposer aux infections bactériennes.

Aujourd'hui les mycoses nous apparaissent de plus en plus fréquentes depuis que l'on consent à les rechercher systématiquement. « L'étude des sporotrichoses par de Beurmann et Gougerot a marqué une ère heureuse dans l'histoire des mycoses, elle a montré la fréquence insoupçonnée des maladies à champignons et l'on a été tout étonné de s'apercevoir que nombre de malades tenus pour des tuberculeux, des syphilitiques avérés, n'étaient ni tuberculeux ni syphilitiques mais sporotrichosiques, blastomycosiques, hémisporosiques, etc. Elle a permis de guérir rapidement des lésions prétendues incurables, elle a rassuré les malades sur leur avenir, les délivrant de la menace d'accidents tardifs syphilitiques ou tuberculeux. Grâce aux observations cliniques accumulées par nous depuis l'observation princeps de De Beurmann et Ramond, confirmées et complétées par tous les auteurs depuis 1907, grâce à nos mémoires successifs sur la parasitologie et la biologie, l'anatomie pathologique, la reproduction expérimentale, l'étiologie et la pathogéniche, le diagnostic et le traitement, grâce à la découverte des agglutinines et sensibilisatrices par Widal et Abrami, l'infection sporotrichosique nous est maintenant connue dans la plupart de ses détails et son étude est aussi complète que celle des infections bactériennes les plus anciennement et les mieux connues.

« Non seulement la sporotrichose a permis de renouveler la patholo-

gie générale des mycoses, elle a été encore l'occasion de la découverte des mycoses nouvelles. C'est en la recherchant que Ravaut et Pinoy viennent de découvrir une nouvelle discomycose due au *Discomyces Thibiergi,* que Gougerot et Caraven individualisent une nouvelle mycose, l'hémisporose due à l'*Hemispora stellata,* que De Beurman, Gougerot et Vaucher isolent une oïdiomycose due à un parasite nouveau l'*Oïdium cutaneum* ..., que Gougerot, dans les préparations de Carougeau et avec cet auteur, décèle le parasite des nodosités juxta-articulaires qu'il dénommait *Discomyces Carougei,* que Balzer, Burnier et Gougerot ont cultivé le *Mycoderma pulmoneum* dans les lésions dermiques, fournissant ainsi un nouvel exemple de dermatomycose verruqueuse et végétante. — C'est en recherchant la sporotrichose que Bruno Bloch, de Bâle, a découvert un parasite nouveau, dénommé par Matruchot *Mastigocladium Blochii* (premier exemple des cladioses humaines), que Potron et Noisette, près de Nancy, ont cultivé un nouveau champignon, appelé par Vuillemin, *Acremonium Potronii* (premier exemple des acrémomonioses) » (De Beurmann et Gougerot). C'est encore en soupçonnant la sporotrichose que nous avons découvert cette nouvelle parendomycose et nous avons connaissance de plusieurs séries de recherches encore inédites, poursuivies en France et à l'étranger, dont le point de départ a toujours été la sporotrichose.

« En même temps donc que nos connaissances générales se précisent sur les infections mycosiques, leur nombre et leur fréquence augmentent, leur importance se montre de plus en plus grande. Grâce à la sporotrichose, un chapitre nouveau, déjà riche de faits, est ouvert et les mycoses, qui avaient été si longtemps négligées, prennent enfin en pathologie la place qui leur est due (1). »

I

Observation.

Cette parendomycose est caractérisée par des gommes hypodermiques et hypodermo-dermiques ulcéreuses, groupées et agminées en une seule région, la région crurale. Alors que les lésions évoluaient par poussées successives depuis deux ans et se répétaient en s'aggravant, cette mycose a guéri en un mois par l'ingestion d'iodure de potassium : c'est là un nouvel exemple des bienfaits du diagnostic de mycose.

Berthe B..., 26 ans, vient consulter à l'hopital St-Louis le 21 octobre 1910, pour des ulcérations cutanées de la cuisse droite.

Elle a toujours été bien portante. Elle a eu quelques bronchites ; mais

(1) De Beurmann et Gougerot, Les Sporotrichoses, F. Alcan, 1912.

l'auscultation des poumons ne révèle aucun signe de tuberculose. On ne trouve chez elle aucune trace de syphilis : mariée depuis 7 ans, elle a eu deux enfants et une fausse couche de trois mois : les deux enfants sont morts, l'un quelques minutes après la naissance, l'autre à l'âge de 6 semaines de broncho-pneumonie. La réaction de Wassermann est négative.

Début. — La malade raconte que deux ans auparavant, elle a eu un « gros clou » à la face externe de la cuisse droite, de la grosseur d'une noix.

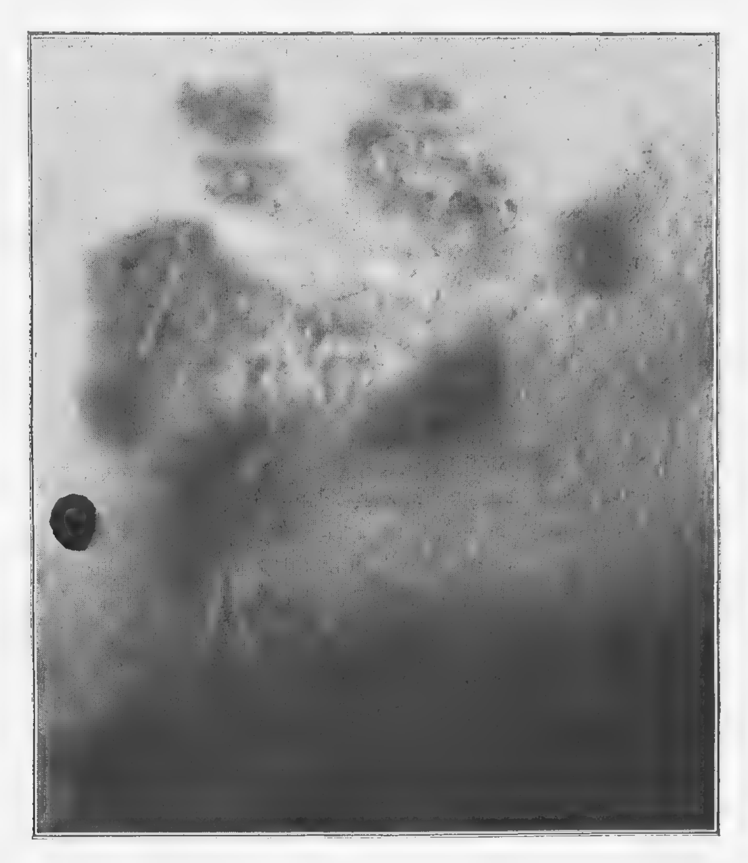


Fig. 1. — Face postérieure du tiers inférieur de la cuisse droite, gommes cicatrisées : cicatrices à bords déchiquetés et pigmentés.

La lésion, presque indolente, grossit progressivement, rougit, puis s'ouvrit spontanément, donnant un liquide sanguinolent et purulent, qui continua de suinter pendant quelques mois. Ce « clou » était donc la première gomme.

Tout autour de cette première lésion, apparurent une série d'autres gommes qui d'après la malade auraient été moins volumineuses ; elles ne donnèrent issue qu'à quelques gouttes de pus.

Au début d'octobre 1910, la malade s'aperçut d'une nouvelle « gomme » siégeant à la face interne de la cuisse droite.

L'état général est toujours resté indemne ; cette femme semble robuste et n'a pas maigri. Pas de fièvre, pas de lésions internes appréciables.

Etat actuel. — Le 21 octobre, lors de notre premier examen, on constate au tiers inférieur de la face postéro-externe de la cuisse droite, une série de placards infiltrés, de teinte foncée violacée, groupés dans un espace triangulaire à grande base supérieure, et séparés les uns des autres par des intervalles de peau saine.

L'une de ces plaques violacées et excavées est la cicatrice du premier « clou » cicatrice irrégulière et disgracieuse, rétractée en forme d'entonnoir. Son fond adhère aux plans profonds, ses bords sont plissés et rayonnés (fig. 1).

Disséminées autour de cette plaque, on remarque huit cicatrices, les unes violacées, de surface plane, à bords irréguliers, découpés en languettes; sur certaines on peut remarquer l'existence d'un ancien pertuis.



Fig. 2. — *Gommes dues au Parendomyces Balzeri.*

Face interne de la cuisse droite : deux gommes, l'une supérieure fistulée, l'autre inférieure cicatrisée.

Les dimensions de ces placards varient d'une pièce de 1 franc à une pièce de 5 francs, et même davantage. Bien que l'écoulement purulent soit tari depuis plusieurs mois, on voit persister encore l'infiltration dermique assez bien limitée à leur niveau.

A la face interne de la cuisse droite, et vers le tiers moyen, on note également trois cicatrices brun violacé, de la grandeur d'une pièce de 5 francs. Elles présentent le reliquat d'un pertuis par où suintaient quelques gouttes de pus. Deux de ces pertuis en cul-de-poule sont secs, le troisième suppure encore légèrement (fig. 2).

Au-dessous de ces trois ulcérations cicatrisées, au tiers inférieur de la cuisse, on aperçoit une grosseur qui fait légèrement bomber la peau demeurée normale; à la palpation on sent une petite nodosité du volume d'une noix un peu douloureuse à la pression et fluctuante. Cette gomme ne remonterait qu'à quinze jours; il n'y a pas de ganglions inguinaux palpables.

Examens bactériologiques. — On ponctionne aseptiquement avec une seringue de Luer la nodosité fluctuante et fermée : on aspire sans difficulté 2 centimètres cubes d'un liquide grumeleux, jaunâtre. qu'on ensemence sur des tubes de gélose maltosée et dont on fait des frottis.

L'examen direct des frottis colorés par le Gram (ou le Claudius), par le Prenant, par le Leishmann, par le bleu d'Unna ne montre pas de germe nettement visible.

Des cinq tubes de gélose maltosée, deux furent placés à l'étuve, les trois autres furent laissés à la température du laboratoire. En cinq jours, les cinq tubes ont tous donné de rares colonies blanches d'un champignon-levure. Le petit nombre des colonies s'explique facilement par la quantité minime de pus répartie sur cinq tubes : sur les uns les colonies étaient pures, sur les autres les colonies étaient mêlées de quelques cocci.

Le sérum de la malade, quoique prélevé 8 jours après le début du traitement ioduré, agglutine son propre champignon homogénéisé par broyage et filtration. Il ne coagglutine pas le *Sporotrichum Beurmanni.*

L'évolution si rapide vers la guérison empêche de renouveler les frottis et les ensemencements, les inoculations au cobaye ; elle rendit inutile une biopsie.

Evolution. — La patiente est mise au traitement ioduré, avant même que les cultures n'aient donné la réponse. Au bout de huit jours, la gomme sous-cutanée était diminuée de moitié. L'ulcération qui suintait encore s'était tarie. Le 12 novembre, la gomme n'était plus perceptible ; à la palpation on ne sentait plus dans la profondeur qu'un noyau de la grosseur d'un pois.

La malade fut revue en janvier 1911, complètement guérie ; seule une légère pigmentation cutanée persistait au niveau des cicatrices.

Les **preuves** en faveur de l'individualisation de cette mycose, pour n'être pas complètes, ne nous en semblent pas moins convaincantes.

Preuves positives. — Aspect clinique des gommes mycosiques ; cultures de lésions fermées donnant le même parasite sur tous les tubes, le plus souvent en cultures pures ; séro-agglutination du parasite à 1/100 ; pouvoir pathogène du parasite cultivé ; guérison merveilleusement rapide par l'iodure de potassium.

Preuves négatives. — Absence d'autres parasites sur lame et en culture, réaction de Wassermann-Neisser-Brück négative.

II

Parasitologie : *Le Parendomyces Balzeri.*

Le champignon isolé par culture appartient au groupe vague et complexe des levures ou blastomycètes.

Parasite *in vivo.* — Le parasite n'a pu être décelé en toute certitude sur les frottis de pus, mais il est probable que le champignon devait affecter la forme habituelle de cellule ovoïde ou ronde bourgeonnantes des levures.

Parasite *in vitro:* **aspect microscopique.**—L'aspect microscopique du parasite en culture est celui des *Parendomyces,* c'est-à-dire qu'il présente les caractères intermédiaires entre les *Saccharomyces* uniquement formés de cellules levures sans filaments et les *Endomyces* qui présentent des cellules levures, des filaments bourgeonnants, des endospores, etc... La structure du parasite, très simple, réduite à des cellules levures dans

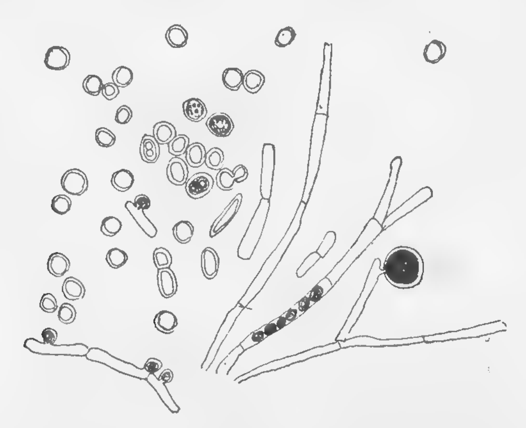


Fig. 3. — *Parendomyces Balzeri.* GOUGEROT ET BURNIER, 1911.
(Dessin à la chambre claire : culture sur lame sèche et humide, coloration au bleu d'Unna : grossissement 2 μ = 1 mm.)

Sur le côté gauche de la figure : formes levures presque exclusives, arrondies de 4 à 5 μ de diamètre parfois 6 μ : le protoplasma est granulé, vacuolé, la paroi est marquée par un double contour. Quelques-uns des éléments sont surpris en voie de bourgeonnement : le bourgeon a 2 μ, puis 3 μ et finit par atteindre 4 μ, une cloison séparatrice isole alors la nouvelle cellule qui se détache ou reste attachée.

Au dessous formes allongées pseudo-mycéliennes de 3 μ sur 10 à 16 μ, bourgeonnantes.

Sur le côté droit de la figure, la culture vieillie donne des filaments formés d'articles de 2 μ à 2 μ,5 sur 14 à 28 μ. De gros filaments atteignent par exception 3 à 4 μ de large.

Dans un article filamenteux de 2,5 à 3 μ sur 26 μ on aperçoit six endospores de 2 sur 3 μ placées en file.

A l'extrémité d'un filament, s'est formée une chlamydospore arrondie de 8 μ de diamètre.

Il a été impossible de trouver des asques, par conséquent on ne peut encore identifier ce parasite au genre *Endomyces,* dont il a pourtant tous les caractères, il s'agit donc ou d'un *Atelendomyces* (endomyces imparfait) ou d'un *Parendomyces.*

Ce champignon est différent de celui du muguet en effet ; l'*Endomyces albicans,* parasite du muguet, est plus gros ; ses filaments ont des articles de 3 à 5 sur 30 à 50 μ. Les formes levures ont de 5 à 7 μ ; les chlamydospores de 10 à 20 μ.

les cultures initiales du pus humain et encore maintenant dans les premiers jours, se complique au fur et à mesure qu'on s'éloigne des cultures initiales et que les tubes vieillissent.

Au début, les cultures initiales ne montrèrent pendant les premières semaines que des cellules levures rondes ou ovoïdes bourgeonnantes, avec quelques formes ovoïdes placées bout à bout ébauchant des filaments (formes pseudo-filamenteuses).

Puis le parasite s'est compliqué, les cellules levures restant toujours les plus nombreuses, des ébauches filamenteuses formées d'articles longs de 3 à 4 diamètres sont apparues, ces articles bourgeonnaient comme les éléments arrondis isolés. Plus tard de vrais filaments se constituèrent à longs articles quadrangulaires, plusieurs fois nous avons pu déceler à leur intérieur une ou plusieurs endospores mais nous n'avons jamais vu des chapelets d'exospores analogues à ceux des parasites du muguet (fig. 3).

Sur les filaments âgés souvent déjà flétris, incolorables, nous avons pu mettre en évidence de grosses chlamydospores rondes à paroi épaisse jaunâtre appendues au filament par un court pédicule parfois peu visible.

La légende de la figure 3 résume la **diagnose botanique.**

Parasite *in vitro:* **aspect des cultures.** — Le parasite donne des cultures d'aspect toujours identique au même âge.

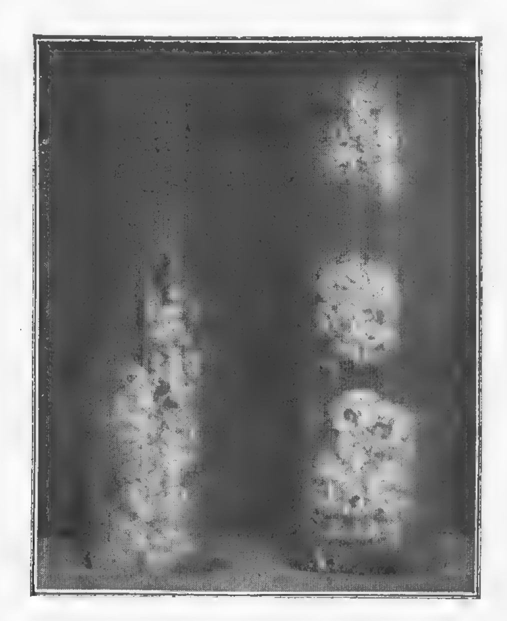


Fig. 4. — *Parendomyces Balzeri.* GOUGEROT ET BURNIER, 1911.
Cultures du pus sur gélose glycosée-peptonée de Sabouraud, colonies blanc-jaunâtre très saillantes, d'aspect montagneux ou plutôt caverneux comme une pierre meulière.

— Sur gélose glycosée peptonée (ou maltosée), ce sont dans les premiers jours de petits mamelons blancs, luisants, lisses et visqueux, non auréolés, puis au bout d'une quinzaine de jours ces élevures s'étendent et grossissent, elles se contournent, deviennent fortement saillantes, atteignant jusqu'à 20 millimètres de diamètre et 10 à 12 millimètres de saillie. La plupart ressemblent à des pierres meulières microscopiques, en effet les trous sont arrondis, inégaux, les travées sont minces, angu-

leuses et non arrondies. La teinte se modifie, devient blanc-jaunâtre, plus matte, plus sèche, ressemblant à certaines cultures de bacilles tuberculeux bovins. Une auréole étroite et plate entoure constamment ces colonies, quelques colonies restant petites sont cratériformes (fig. 4).

En bouillon et dans tous les milieux liquides, le développement détermine, un trouble, puis en surface se forme un voile mince visqueux, incomplet, qui peu à peu s'épaissit, devient plus ferme et peut même se godronner.

Sur gélatine sucrée l'aspect est le même que sur gélose, la liquéfaction manque, ou reste superficielle, légère.

Sur pomme de terre, carotte, betterave glycérinées, les colonies sont analogues à celles sur gelose, elles sont souvent plus grosses, plus grossièrement ouvragées, plus luisantes, plus jaunâtres, ressemblant à une feuille de pâte alimentaire bouillie, godronnée et chiffonnée.

Pouvoir pathogène. — Le parasite est pathogène pour le lapin et le cobaye. — Inoculé dans la veine du lapin ou dans le péritoine du cobaye, il détermine la mort en deux à quatorze jours par septicémie. Les lésions sont celles de toutes les septicémies lorsque la mort est précoce : congestion viscérale généralisée. Lorsque la mort est moins rapide, on peut observer des localisations : l'un des lapins présentait une ophtalmie purulente avec paraplégie, l'un des cobayes avait une péritonite séropurulente, etc. La rétroculture du sang du cœur sur gélose glycosée redonne le parasite inoculé.

III

Classification : Discussion du groupe des Blastomycoses. Le nouveau genre : Parendomyces.

Le parasite de cette mycose humaine se classe dans le groupe des levures pathogènes.

Sa classification aurait semblé, sinon simple, au moins facile autrefois, en effet on l'aurait rangé dans le genre des *Cryptococcus* Kützing : ce genre provisoire, défini presque uniquement par des caractères négatifs, servait de débarras pour tous les parasites, qui restaient difficiles à classer faute d'avoir trouvé leur mode de reproduction supérieure. On aurait catalogué l'affection blastomycose et l'on se serait tenu pour satisfait, « la blastomycose » ne passait-elle pas aux yeux des médecins pour une entité morbide clairement définie par « le blastomycète » son parasite !

La classification semble aujourd'hui singulièrement plus difficile, en effet on tend, pour désigner des faits précis, à délaisser ces appellations

cryptococcus et de *blastomycoses,* on ne les réserve plus qu'aux parasites et aux affections inclassés ou inclassables.

Obscurités et contradictions du cadre nosologique « *La Blastomycose* ». — « Quand on commence l'étude des blastomycoses, disait l'un de nous (1), on croit trouver une définition nette, un groupement précis. En effet les blastomycoses ne sont-elles pas définies par une notion botanique le *blastomycète* de même que la bacillo-tuberculose de Koch est définie par le bacille de Koch ? A en croire les définitions simplistes, les blastomycètes ne semblent-ils pas constituer un ordre botanique « caractéristique » aussi précis que les Ascomycètes... dont ils ont la même consonance? Les blastomycètes sont des « champignons susceptibles de se présenter à un moment donné de leur développement sous la forme exclusive d'éléments bourgeonnants ou levures ». Rien ne semble donc plus clair et l'on conçoit que les auteurs décrivent « la blastomycose » comme on décrit la morve, la diphtérie...

« C'est là une fausse simplicité. Au fur et à mesure qu'on lit les protocoles d'observations et qu'on étudie les parasites retirés de ces levures, on s'aperçoit que les faits cliniques, et encore plus les types de parasites, sont disparates, en un mot que « la blastomycose » renferme des faits dissemblables. Bientôt lorsqu'on compare la conception des auteurs sur ces faits dont la définition est en apparence si précise, on est tout étonné de ne trouver qu'obscurité et contradictions.

« La conception du blastomycète qui définit « la blastomycose » et qui par son étymologie semble avoir la même précision que les Ascomycètes, Basidiomycètes, etc.., apparaît artificielle. En effet, dit si bien Vuillemin, le mot de blastomycète « ne désigne pas un groupe, une famille botanique fondée sur des affinités généalogiques... Quand nous parlons de blastomycètes pathogènes, nous n'invoquons donc pas une idée de champignons supérieurs ; nous adoptons simplement une formule conventionnelle pour éviter une périphrase » ! Quelque étonnant que cela puisse paraître, personne ne s'entend sur les limites du groupement des blastomycètes et trois interprétations au moins ont été données à ce mot. Il en résulte *trois conceptions contradictoires* de la blastomycose.

« La première laissant au mot blastomycète son sens primitif étymologique l'applique à tous les parasites qui peuvent se présenter « à un moment donné sous forme de globules bourgeonnants, quelles que soient leurs affinités, quels que soient les aspects qu'ils revêtent à d'autres moments de leur existence ». On réunit donc sous cette étiquette les

(1) GOUGEROT, La question des blastomycoses. *Paris médical* (Revue générale), n° 20, 1911, p. 459.

Voir le détail de cette discussion dans notre mémoire : DE BEURMANN et GOUGEROT, *Les Exascoses,* Revision et démembrement de l'ancien groupe des blastomycoses, *Soc. méd. des hôp.,* 9 juillet 1909, n°s 26 et 27 et *Tribune médicale,* 7 et 14 août 1909.

parasites les plus dissemblables pris parmi les groupes botaniques les plus éloignés : des Basidiomycètes, des Oomycètes (Mucorinées), des Ascomycètes (Sterigmatocystis, Saccharomyces...), des Mucédinées (Sporotrichum (1) Oïdium), etc. — car ces parasites pris parmi les différents ordres de champignons peuvent revêtir *in vivo* dans les tissus ou *in vitro* dans certaines conditions depuis longtemps connues et étudiées à nouveau par Sartory, la forme ronde bourgeonnante. On peut donc dire que tel parasite revêt à un moment donné la forme blastomycète de même que l'on dit que l'enterocoque revêt la forme bacille dans certaines cultures. Mais croire que le blastomycète représente une entité botanique c'est s'illusionner profondément et il suffit de lire l'excellente revue générale de Vuillemin pour se faire une faible idée de la confusion qui résulte d'un groupement aussi artificiel. La « blastomycose » ainsi définie embrasse en un groupement incohérent des infections les plus disparates (2).

« La deuxième interprétation, cherchant à donner au mot blastomycète plus de précision, ne le décerne qu'à quelques-uns des nombreux parasites que rassemblait artificiellement la première interprétation ; mais là encore les auteurs n'arrivent pas à s'entendre. Quelques-uns conservent le mot pour les saccharomycoses, les mycoses américaines, les endomycoses ou muguet, groupement qui correspond à peu de chose près à notre cadre nouveau des exascoses. La plupart des médecins éliminent des blastomycoses les muguets, les mycoses américaines leur donnant le nom si inexact d'oïdiomycose et réservent l'appellation de blastomycose aux seules saccharomycoses, ils les appellent « blastomycose proprement dite ». Cette restriction est toute artificielle en contradictiion avec la définition botanique du mot blastomycète et d'ailleurs pourquoi s'acharner à maintenir ce terme vague, compris contradictoirement, à la désignation si précise de saccharomycose et de *Saccharomyces*, genre défini scientifiquement en botanique.

« La troisième interprétation réserve l'épithète de blastomycète aux seuls parasites inclassés parce qu'ils sont encore incomplètement étudiés, ou inclassables parce que leurs cultures n'ont pu être obtenues. Blastomycose devient par conséquent une étiquette commode provisoire, que l'on applique faute de mieux à des faits mal connus. Et c'est l'interprétation qui nous a toujours semblé la plus appropriée aux données de mycologie et de pathologie générales : on dit blastomycose comme on appelle teigne une épidermite mycosique indéterminée, comme on se contente faute de mieux du diagnostic de septicémie à

(1) Dans certains travaux le *Sporotrichum Schencki* est compté parmi les blastomycètes ! la sporotrichose devrait alors, si l'on poursuivait cette fausse logique, être confondue dans les blastomycoses ! Nous avons montré que certains échantillons de *Sporotrichum Beurmanni* revêtaient en culture l'aspect levure.

(2) *Revue générale des Sciences*, 1901, n° 16.

coccus indéterminé. Le mot blastomycète sert donc à désigner tous les parasites indéterminés qui dans les tissus revêtent une forme ronde bourgeonnante. C'est donc un terme de la plus grande imprécision botanique. Il faut bien se persuader (contrairement à l'apparente précision du mot) que ce terme de blastomycète ne représente qu'une désignation morphologique, un aspect commun à des parasites disparates, de même que les mots coccus, bacille, etc... Vouloir décrire « la blastomycose » en se fondant sur la définition « blastomycète » est donc aussi illogique et artificiel que de décrire « la bacillose » en réunissant dans ce cadre : la diphterie, la fièvre typhoïde, la morve, la gangrène gazeuse, la tuberculose, le tétanos, etc... sous prétexte que tous les agents de ces maladies revêtent la forme de bacille.

« De la méconnaissance de cette donnée si simple découle la confusion invraisemblable du groupement des blastomycètes et des blastomycoses. Pour mettre le comble à cette confusion, ajoutons que le mot blastomycète est rejeté par tous les botanistes pour avoir été employé antérieurement par Corda qui le décernait à des champignons différents des levures...

« A la fin d'une étude de « la blastomycose » on n'aperçoit donc plus que contradictions accumulées et on est forcé de conclure que le groupe ne renferme, à part quelques faits bien étudiés, que des observations disparates dues à des parasites peu ou pas étudiés, en un mot que « la blastomycose » entité morbide des livres n'existe pas » (Gougerot).

Cette confusion n'avait pas échappé aux auteurs et Buschke qui de tous a fait faire les plus grands progrès à la question y insiste dès les premières lignes de ses remarquables monographies (1). Quelques-uns tentent une classification d'ordinaire assez simpliste opposant la mycose de Buschke aux mycoses américaines, ils leur laissent d'ailleurs les noms désuets et inexacts de blastomycose proprement dite et d'oïdiomycose américaine. Mais aucun n'avait osé briser la formule léguée par une longue habitude.

Ce très court résumé montre assez, croyons-nous, « que continuer à se servir des mots *blastomycose* et blastomycète, c'est s'enfoncer davantage dans cette confusion, c'est mêler comme à plaisir des faits bien déterminés et des faits mal connus ».

La nomenclature nouvelle des Exascoses. — Aussi est-ce pour tenter de diminuer ces obscurités que De Beurmann et Gougerot ont proposé, en 1909 dans le travail déjà cité, la nomenclature nouvelle des *Exascoses* « qui sépare les faits connus des faits encore obscurs, donne à chacune des mycoses des désignations non équivoques et s'appuie sur la classification botanique actuelle des ces parasites ».

(1) Buschke, *Bibliotheca Medica* et *Handbuch der Hautkrankheiten de Mracek*, Vienne, 1907.

« Le terme d'Exascose, disent De Beurmann et Gougerot, s'applique à tout le groupe des mycoses dues à des Exoascées. On peut donc y ranger en toute certitude les saccharomycoses et les endomycoses dues à des *Saccharomyces* et à des *Endomyces*, genres bien définis et incontestés. On peut y joindre avec une certitude presque aussi grande les mycoses dues à des *Atelo-saccharomyces* (partie de l'ancien genre *Cryptococcus*), enfin, avec une très grande probabilité, les mycoses dues à des parasites encore mal déterminés, classés dans les genres nouveaux, *Parasaccharomyces*, *Zymonema*, *Parendomyces* (parties dissociées de l'ancien genre *Cryptococcus*). L'assimilation des *Parendomyces* et des *Parasaccharomyces* aux Exoascées s'impose par définition, puisque ces genres sont définis par analogie aux *Saccharomyces* et aux *Endomyces*; seule l'assimilation des *Zymonema* (dont les types les plus connus sont les parasites des mycoses américaines de Gilchrist, Rickett, etc..., anciennes oïdiomycoses) peut être discutée. Persuadés que ces parasites forment des intermédiaires entre les genres bien définis *Saccharomyces* et *Endomyces*, nous les rattachons aux Exoascées, bien que l'on ne connaisse pas encore leurs asques (1). En cela nous sommes d'accord avec les mycologues classiques (Vuillemin, Guéguen, etc.) qui les distingue des *Oïdium* vrais de Linck (2) les décrivent au chapitre des Exoascées dans le genre provisoire *Cryptococcus*, à côté des *Saccharomyces* et des *Endomyces*. Toutes les raisons militant en faveur de cette assimilation, nous l'acceptons jusqu'à preuve scientifique du contraire, c'est-à-dire jusqu'à la détermination exacte d'un mode de reproduction supérieure qui classera ces parasites dans un autre groupement botanique bien défini. »

Dans cette classification, chaque mycose conserve la dénomination précise dérivant du nom du genre du parasite qui la détermine (3).

(1) Il en est absolument de même des Aspergillés par exemple. Quelques-uns donnent des asques « d'autres, et c'est le plus grand nombre », dit Gueguen, ne donnent plus d'asques; la plupart de ces espèces « devraient donc être classées dans les Fungi imperfecti »; or, on les classe parmi les Ascomycètes « par analogie, à côté de celles de leurs congénères dont on a suivi l'évolution complète » et Gueguen ajoute très justement: « Cette manière de procéder est générale, non seulement en botanique, mais dans les sciences naturelles (et, peut-on dire, dans toutes les sciences d'observation). On sera autorisé à procéder ainsi tant que les classifications seront basées sur des caractères purement morphologiques. »

(2) Pour la discussion des Oïdiomycoses voir notre travail DE BEURMANN GOUGEROT et VAUCHER. Oïdiomycose... *Revue de Médecine.* Déc. 1910, n° 12, p. 937, 11 planches.

(3) « Ce n'est pas là un simple changement d'étiquettes comme on pourrait le croire; la nomenclature nouvelle éclaire les faits, non seulement en les classant suivant la classification botanique actuelle, mais encore en s'appuyant sur un principe exact. Blastomycose n'est donc pas synonyme d'Exascose, blastomycose s'applique aux seuls faits inclassables ou inclassés. Le terme vague de blastomycète conservant son sens étymologique ne représente plus qu'une simple expression morphologique comme le sont les mots bacille, coccus, filament, ... Cette classification nouvelle a été adoptée dans différents travaux et par ceux mêmes qui la critiquent partiellement. »

Absence de fixité d'un grand nombre de ces parasites : nécessité de genres de transition. — Il est certain et nous n'ignorons pas que nos connaissances sur beaucoup de ces parasites sont très incomplètes « de telle sorte qu'il est difficile de reconnaître aux formes décrites une spécificité bien nette et d'établir leur diagnose ». La dégradation qu'a fait subir à beaucoup de ces champignons la vie dans les tissus animaux, l'absence de forme de reproduction supérieure, rendent nos classements provisoires. « Mais ce n'est pas parce que les faits sont déjà obscurs, disait l'un de nous, qu'il faut les obscurcir encore en les confondant pêle-mêle sous une même étiquette. Au contraire, il faut tenter de les classer, ne serait-ce que provisoirement. »

La création des genres provisoires *Parasaccharomyces* et *Parendomyces* ainsi dénommés par analogie aux bacilles paratyphiques etc..., répond à ce but : « ces dénominations permettraient jusqu'à plus exacte détermination botanique de tirer de leur confusion certaines mycoses indéterminées et de mettre à part toute une série de formes flottantes proches des *Saccharomyces* et des *Endomyces*. Déjà le cadre *Parendomyces*, créé par nous, a été utilisé pas Queyrat et Laroche pour un parasite retiré d'une métrovaginite pseudomembraneuse : le *Parendomyces albus*.

On peut reprocher à ces genres d'être trop vagues, mais il ne faut pas oublier que les champignons ne sont pas aussi fixés que le feraient croire les diagnoses rigides de nos livres. « La nature ne se laisse pas si facilement mettre en compartiments ». Il ne faut pas faire rentrer de force certains parasites intermédiaires dans les genres anciennement connus. Ce que disait l'un de nous à propos des parasites américains, nous pouvons le répéter à propos de notre parasite : « Précisément parce qu'ils sont des formes de transition, leurs caractères ne sont pas aussi fixes qu'on le désirerait pour faciliter une détermination rapide... Entre ces parasites existent des intermédiaires qui forment une chaîne ininterrompue (— notre *Oïdium cutaneum* en offre un exemple remarquable —) et les parasites soumis à notre observation sont des espèces plus ou moins bien fixées dans un transformisme continu ».

Et nous ajoutions : « La meilleure classification n'est jamais définitive, elle n'est vraie que pour l'état actuel de la science. Elle n'est qu'un cadre plus ou moins définitif, mais un cadre indispensable pour distinguer les faits les uns des autres et éviter la confusion. Il est évident qu'il faut reviser nos classifications et les préciser au fur et à mesure des acquisitions nouvelles. »

* * *

En résumé notre observation ajoute une mycose nouvelle aux mycoses décrites depuis 1906 ; elle apporte contribution à l'étude de

l'ancien groupe des blastomycoses et du groupement nouveau des Endomycoses et Parendomycoses, variétés des Exoscoses.

Les Exascoses cutanées, fréquentes dans les Amériques, sont en France et en Europe tout à fait exceptionnelles et c'est ce qui rehausse l'intérêt de notre observation. En effet ces mycoses se comptent encore et se réduisent à une observation pour chaque parasite.

La saccharomycose de Busse-Buschke donne des placards hypodermo-dermiques ulcéreux, le parasite de cette mycose l'*Atelosaccharomyces Busse-Buschki* a d'abord créé des folliculites, puis une ostéite du tibia, il emporta le malade par septicémie avec nodules viscéraux.

L'*Atelosaccharomyces Hudeli* (nom que nous avons donné au parasite cultivé dans le cas de Hudelo-Duval-Lœderich et que ces auteurs tendent à identifier au parasite de Busse-Buschke) a provoqué des gommes et abcès sous-cutanés.

Le *Saccharomyces tumefaciens* de Curtis avait déterminé la prolifération d'une grosse masse inguinale myxomatiforme et un abcès lombaire, puis une méningite terminale.

Le *Saccharomyces granulatus* de Vuillemin était la cause d'abcès et hématomes du maxillaire inférieur.

Le *Saccharomyces Blanchardi* était l'agent d'une périappendicite et pérityphlite.

Le *Parasaccharomyces Harteri*, isolé par Harter à Nancy, avait déterminé toute une série de localisations viscérales avant de donner des gommes sous-cutanées.

Les abcès sous-cutanés dus à l'*Endomyces albicans* sont exceptionnels et discutés, ils sont le plus souvent des surinfections d'un abcès tuberculeux.

Il importe d'insister sur l'intérêt pratique pronostique et thérapeutique de ce diagnostic d'Exascoses, en effet ces mycoses sont plus sévères que les sporotrichoses, souvent elles entraînent la mort en se généralisant; il est donc nécessaire d'en tenter un diagnostic précoce pour appliquer un traitement intense dès le début. Il a suffi dans notre cas d'un mois de traitement ioduré pour guérir une affection grave qui progressait et récidivait depuis deux ans.

RECUEIL DE FAITS

SCLÉROSE NODULAIRE DES CORPS CAVERNEUX DANS LA RÉGION PÉNIENNE, CHEZ UN ANCIEN SYPHILITIQUE, GUÉRIE PAR LE TRAITEMENT SPÉCIFIQUE

Par le Dr **Henri Pied.**

Les déterminations éloignées de la syphilis sur l'appareil génito-urinaire semblent plus fréquentes qu'on ne l'a longtemps supposé. Nous ne voulons parler ici ni des lésions rénales, ni des altérations des glandes génitales admises par tous, mais des inflammations chroniques du canal uro-génital qui, pour beaucoup, n'était touché qu'à titre exceptionnel.

Plusieurs observations, récemment publiées, démontrent l'action curative du traitement sur des fistules recto-vaginales récidivant malgré plusieurs autoplasties correctement exécutées. Dans une leçon clinique parue dans le *Journal des Praticiens* (25 novembre 1911) le Pr. Delbet cite deux cas de fistules, l'une vésico-intestinale, l'autre urétro-rectale, guéries par une médication antisyphilitique intensive.

Nous-même, au cours d'une urétrotomie externe, avons tout récemment observé certaines altérations anatomiques voisines de celles qu'a signalées M. Delbet. Il s'agissait d'un malade que nous avions opéré six semaines auparavant, presque « in extremis » pour une infiltration d'urine occupant le périnée, les bourses, la région sus-pubienne. Ce malade s'était rapidement remonté après l'opération, mais la présence chez lui de deux gommes spécifiques de la langue, nous avait engagé à faire précéder la restauration du canal d'un traitement des plus sérieux.

Ce traitement, malheureusement, ne put être appliqué, car le malade faisait tous les deux ou trois jours un accès de fièvre violent, précédé d'un frisson, accompagné de subictère et d'augmentation de volume du foie, bien que tout en apparence fût rentré dans l'ordre dans la région périnéale. Sur les instances de son médecin, nous lui fîmes une urétrotomie externe. Dans la région bulbaire, le tissu spongio-vasculaire était remplacé par une gangue scléreuse, la paroi urétrale était épaissie, infiltrée, comme lardacée.

Le canal, dans sa portion membraneuse, préprostatique, était fistulisé en plusieurs points, adhérent au rectum ; il nous fut impossible d'en suivre le bout postérieur jusqu'à la vessie.

Nous dûmes lui laisser un méat périnéal temporaire qui fera tomber les phénomènes d'infection, persuadé qu'on ne pourra mener à bien

une restauration définitive sans l'aide préalable et concomitante d'un traitement spécifique intensif.

La lésion urétrale, que nous décrivons ci-après, peut être citée comme un des exemples des altérations syphilitiques du tissu spongio-vasculaire.

M. S., 40 ans, vient nous demander conseil le 18 octobre 1905 parce qu'il éprouve depuis quelque temps une gêne douloureuse très grande, survenue peu à peu, pour accomplir ses devoirs conjugaux.

L'extension complète du pénis étant impossible, l'érection détermine, dit-il, une courbure arquée du membre. M. S. présente au niveau de la région pénienne, à deux travers de doigt environ au-dessous de la fosse naviculaire, deux saillies arrondies complètement indolores, séparées par un espace environ d'un centimètre, formant une sorte de pont entourant l'urètre en demi-cintre. Le calibre du canal n'est nullement rétréci ; examiné à deux reprises différentes, il admet facilement des cathéters 20 et 22 de la filière Charrière.

On ne trouve nulle part ailleurs aucun signe de maladie, à part une légère augmentation de volume du foie et de la rate ; le malade a fait un séjour de deux ans dans les pays chauds où il s'est, dit-il, très bien porté. Il reconnaît d'ailleurs avoir eu la syphilis à l'âge de 18 ans et avoir été soigné pendant un an avec des pilules de proto-iodure et du sirop de Gibert. On ne retrouve pas de trace nette de l'accident primitif, mais le malade est très affirmatif sur les manifestations secondaires cutanées et muqueuses et sur le diagnostic des médecins qui l'ont soigné.

Une première série de dix injections de biiodure d'hydrargyre de deux centigrammes amena une diminution marquée de volume et de dureté des nodules scléreux et une amélioration des symptômes fonctionnels. Il fut traité un mois sur deux pendant huit mois par des injections alternées de biiodure et d'huile grise.

La guérison fut presque complète, les nodules diminuèrent des deux tiers de volume, laissant comme séquelle une légère induration qui ne disparut jamais complètement, mais permit le retour presque parfait des fonctions.

Fait digne de remarque, la surveillance ultérieure de la famille de ce malade permit de vérifier le diagnostic de la maladie causale que la réussite du traitement éclairait déjà singulièrement.

Un enfant, âgé de deux ans au moment où nos secours furent demandés, fut atteint à diverses reprises de crises violentes d'asthme, alternant avec des crises de prurigo.

Sa femme fut atteinte d'aortite qui guérit complètement par le traitement spécifique.

Au point de vue anatomique, autant qu'il a été possible de le vérifier par l'examen clinique et la surveillance du malade, il est certain que cette lésion s'est développée dans le tissu spongio-vasculaire entourant l'urètre ; il est probable qu'elle s'est caractérisée par une infiltration périvasculaire, habituelle dans la syphilis, cette localisation prouvant une fois de plus, ainsi que M. le Pr. Guyon l'a montré, que le tissu spongio-vasculaire est le siège de prédilection des infections endogènes.

MAL DE POTT SYPHILITIQUE D'ORIGINE PROBABLEMENT HÉRÉDITAIRE GUÉRI PAR LE TRAITEMENT SPÉCIFIQUE

Par le Dr **Henri Pied.**

On entend communément sous le nom de mal de Pott l'ensemble des lésions causées par la tuberculose vertébrale. Nous avons vu récemment encore affirmer cette opinion dans un mémoire consacré au traitement de cette affection. On sait que cette affirmation, commode pour l'enseignement et qui répond vraisemblablement à la majorité des cas, n'exprime pas la vérité clinique absolue.

Déjà, en 1798, un médecin viennois, Franck, découvrait en faisant l'autopsie d'un syphilitique des lésions de la colonne cervicale qu'il considérait comme spécifiques. Dans l'édition de 1821 du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales,* on pouvait lire au titre des lésions vertébrales ces mots : « Le vice vénérien et scrophuleux sont le plus souvent la cause de l'exostose ».

Au XIXe siècle, cette question suscita de nombreux travaux parmi lesquels nous pouvons citer en France les observations de Verneuil, de Gross et Lancereaux, de Parrot, Nélaton, Levot, d'Astley Cooper en Angleterre, de Virchow et von Leyden en Allemagne.

En 1881, le Pr. Fournier publiait une observation détaillée et indiscutable d'un mal de Pott lombaire d'origine syphilitique, accompagnée d'un examen histologique signé du Pr. Hayem (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie,* 1881).

Dix ans plus tard, en 1891, Jasinski publiait une étude très documentée de la question avec renseignements bibliographiques concernant plus de 30 cas (« Ueber syphilitische erkrankung der Wirbelsaüle » — *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1891).

La même année, au Congrès de l'Association orthopédique américaine, Ridlon résumait sous ce titre « Syphilitic spondylitis in Children » les caractères principaux qui, selon lui, appartenaient aux lésions syphilitiques de la colonne vertébrale.

D'autres travaux ont paru depuis, en particulier l'article du Pr. Frœlich, de Nancy (*Presse médicale,* 1904), la thèse de son élève Feltgen (Nancy, 1903), les mémoires de Concetti (1) et Bonnet (2).

Aujourd'hui, l'existence du mal de Pott syphilitique est reconnue et cette maladie a pris rang dans le traité le plus récent paru en langue française sur les maladies des os.

(1) *Riv. di Clinica pedriatica,* 1904, n° 8.
(2) *Lyon médical,* 1908, p. 862.

Le cas que nous rapportons ci-après nous paraît mériter d'être rangé parmi les observations de mal de Pott syphilitique, et ce qui en fait l'intérêt c'est qu'il s'agissait ici d'une syphilis absolument latente.

Le 14 mai 1911, on nous demande un conseil pour le jeune Ch., 24 ans, ouvrier agricole. Il se plaint, nous dit son patron, d'une gêne dans les reins quand il travaille longtemps penché, et de douleurs dans la même région, survenant vers le milieu de la nuit.

Rien dans l'aspect extérieur de ce jeune homme, habillé pour se rendre au travail, ne faisait prévoir la maladie dont il était porteur. Nous pensions qu'il s'agissait là probablement d'un lumbago dû à un refroidissement, et nous nous serions contenté sans doute d'une simple ordonnance pour ce conseil pris à la volée à la fin d'une autre visite, si nous n'avions été frappé du caractère nocturne des douleurs qu'il accusait.

Nous demandons à ce jeune homme de se déshabiller et nous nous rendons compte aussitôt qu'il présente une déformation considérable de la colonne vertébrale. Cyphose lombaire angulaire, un peu plus fermée que l'angle droit, avec lordose dorsale compensatrice.

Scoliose sacrée à convexité droite. La déformation sacrée nous fait penser qu'il s'agit là d'une lésion fort ancienne, contemporaine du développement du sujet. Ce jeune homme nous raconte en effet qu'il a commencé à souffrir des reins à l'âge de 16 ans, qu'il a été soigné pendant deux ans par des séances de suspension, sans appareil plâtré, par l'huile de foie de morue et des toniques.

A partir de l'âge de 18 ans, il n'a souffert qu'à de rares intervalles, mais a toujours, dit-il, conservé une bosse dans les reins. Malgré cela, il a fait son service militaire, ainsi qu'en témoigne son livret, et a été libéré au mois de septembre dernier.

Pendant son service, il a eu, à différentes reprises, des crises douloureuses analogues à celles qu'il décrit, crises auxquelles on n'a pas attaché grande importance.

Quand on ne regarde pas son dos, Ch. présente en effet toutes les apparences d'un homme robuste fortement musclé ; taille, 1 m. 68, poids, 70 kilogrammes.

Sa lésion vertébrale n'est nullement consolidée comme le faisait penser son histoire.

En effet, l'élongation, puis la réclinaison de la colonne vertébrale permettent de diminuer d'au moins moitié la déformation lombaire. Fait remarquable, la pression et les mouvements soit au niveau de la région malade et toujours déformable, soit dans tout autre point de la colonne vertébrale, ne réveillent aucune douleur.

Le malade décrit très bien ses deux sensations anormales : gêne pendant le jour lorsqu'il est obligé de garder longtemps la position penchée, et douleurs la nuit.

Poursuivant notre examen, nous constatons que les réflexes rotuliens sont complètement abolis, que le sujet présente des canines bicuspides et qu'enfin sa fosse iliaque gauche est presque remplie d'une tumeur dure, complètement indolore.

Cette tumeur s'est évidemment constituée dans la région du psoas, et vraisemblablement à ses dépens. En effet, elle se modifie, s'élargit et devient moins dure quand le muscle fonctionne et fléchit la cuisse sur le bassin.

Il n'existe aucun trouble du côté des réservoirs, pas de lésion génitale, pas de cicatrice. Les antécédents héréditaires de Ch. sont impossibles à rechercher, il n'a pas connu son père, il croit que sa mère, toujours vivante, n'a jamais été malade. Nous n'avons pu l'examiner.

Malgré l'absence de commémoratif, nous avons conclu à l'origine syphilitique et probablement héréditaire des lésions médullaires et vertébrales de Ch. La longue durée de cette maladie remontant vraisemblablement au développement du squelette, l'étendue et la gravité des lésions complètement indolentes, l'état en apparence parfait de la santé générale, la force musculaire un peu au-dessus de la moyenne lui permettant de durs travaux, les caractères spéciaux du psoïtis, sa durée, son indolence absolue, les signes de myélite transverse (abolition des réflexes rotuliens, douleurs nocturnes dans la région lombaire) ont entraîné notre conviction.

Nous avons fait aussitôt mettre ce jeune homme au repos absolu et après examen des urines, nous lui avons fait en mai, en juillet, en septembre, trois séries d'injections de sels solubles, les deux premières constituées par 12 injections de 2 centigrammes de biiodure d'hydrargyre, la dernière par 10 injections de 1, puis de 2 centimètres cubes de cacodylate iodohydrargyrique.

Après un mois de repos absolu sur un lit dur, nous avons appliqué un corset plâtré, bientôt remplacé par un appareil plus léger en celluloïd. Depuis la première série d'injections, les douleurs nocturnes n'ont pas reparu; après la deuxième, les réflexes rotuliens ont reparu complètement à gauche, incomplètement à droite, la tumeur dure formée par le psoas a diminué de moitié de son volume, la déformation lombaire ne forme plus qu'une légère saillie postérieure, arrondie et non plus angulaire; le sujet a pris 8 kilogrammes de poids et grandi de 16 millimètres.

Après la troisième série d'injections, le 20 septembre 1911, les réflexes rotuliens ont reparu des deux côtés, la tumeur formée par le psoas a disparu ; ce muscle présente encore à l'examen des zones irrégulièrement disséminées d'infiltration diffuse, l'augmentation totale du poids est de 10 kilogrammes. La courbure sacrée ne s'est nullement modifiée.

Une quatrième série d'injections fut pratiquée à la fin de novembre. En ce moment, le malade que nous venons de revoir avec notre aimable confrère, le Dr. Vigouroux, de Cormeilles-en-Parisis, qui à notre prière, l'avait suivi et traité avec nous, paraît cliniquement guéri. Il ne ressent plus aucune espèce de douleur, la cyphose n'est plus visible qu'à une très légère saillie arrondie de la colonne lombaire. L'augmentation totale de la taille est de 2 centimètres.

Les lésions squelettiques paraissent consolidées et ce fait est d'autant plus intéressant que le malade a gardé le repos seulement pendant un mois, puis s'est contenté du port d'un appareil léger qu'il ne conservait pas la nuit.

Pour confirmer cette guérison, nous allons continuer un mois sur deux le traitement intensif pendant cette année.

Conclusions. — Il ne nous semble pas que la nature syphilitique de la maladie décrite puisse être mise en doute. L'indolence relative des lésions, les caractères spéciaux des douleurs et du psoïtis, et surtout l'action rapidement curative du traitement le démontrent ; cette histoire présente en outre quelque intérêt, car elle réunit un certain nombre de caractères observés dans des cas différents par les auteurs qui ont précédemment publié des études sur le même sujet.

La disproportion entre les lésions et l'intensité des douleurs, admise par presque tous les auteurs, l'apparence robuste, presque athlétique du malade, comme dans l'observation du Pr. Fournier, la localisation lombaire de l'affection qui se retrouve également dans l'observation de Fournier et représente dans la statistique de Jasinski environ la moitié des cas, l'acuité de l'angle formé par la cyphose cité par Ridlon comme un des caractères de la gibbosité syphilitique se trouvent réunis chez ce malade.

Ce cas, joint au groupe de faits fort importants déjà publiés, suggère l'idée qu'en présence d'un mal de Pott, il y a peut-être mieux à faire qu'à se contenter de l'affirmation pure et simple de tuberculose vertébrale.

La recherche des antécédents, l'examen complet du sujet, l'étude critique des symptômes, contrôlés et vérifiés par l'examen du sang, du liquide céphalo-rachidien et le traitement d'épreuve, pourront dans plus d'un cas rendre des services réels à des malades qui ne sauraient se contenter toujours pour guérir des appareils et de l'hygiène générale.

AU SUJET D'UN CAS ATYPIQUE D'ÉRYTHÈME POLYMORHE BULLEUX

Par **Brac**, interne des hôpitaux.

Il s'agit d'un malade : Francis M..., âgé de 28 ans, ferblantier, entré dans le service du Dr Brocq le 27 décembre 1911, pour une poussée de bulles intéressant les pieds et les mains, s'opposant les premières au contact de la chaussure, et à la station debout, les dernières à l'exercice de son travail.

Il présente en outre à la surface du corps une éruption érythémato-papuleuse discrète, dont la coexistence est intéressante au point de vue de l'étiquette à donner à la poussée bulleuse des extrémités, et dont elles viennent confirmer la nature.

Le malade, né d'un père mort cardiaque asthmatique, et d'une mère diabétique, apparaît d'emblée comme un candidat aux réactions vives du côté de la peau, qui vont apparaître lors des causes occasionnelles, même légères.

Bien portant en général, il fit à 18 ans, sous la plante des deux pieds, une première poussée bulleuse, d'une durée de trois semaines environ et cette prédisposition à faire des bulles se manifesta de nouveau à 21 ans, pendant son service militaire, jamais au point, toutefois, de l'arrêter complètement.

Il y a 2 ans, pendant une période de 23 jours, à la suite d'une marche pourtant modérée, nouvelle apparition de bulles en une poussée très abondante, qui d'abord incolores et transparentes, devinrent rapidement jaunâtres et suppurées.

En mars 1911, il y a quelques mois, récidive intéressant également les doigts, et se présentant sous la forme d'une pluie de petites vésicules, analogues à celles que l'on observe actuellement.

Le 21 décembre dernier, à la suite d'un séjour dans l'humidité, apparaît sous la plante du pied droit, sans phénomène douloureux, préalable, une première bulle de la dimension d'une lentille que le malade perce lui-même, et d'où s'écoule un liquide clair.

Quelques bulles se développent dans le voisinage, mais ne se multiplient avec une réelle intensité que le 26 décembre, à la suite d'un plantureux réveillon où figuraient des vins généreux et de la charcuterie.

Le malade entre alors dans le service et demeure sans amélioration pendant quatre jours. Voici les manifestations que l'on observe.

Les mains sont le siège d'une production intense de bulles de toutes

dimensions, dont les plus apparentes occupent la face dorsale du métacarpe et des poignets, où il n'est plus guère possible de retrouver à leur base de zone érythémateuse, bien qu'elle existât au début.

Au niveau des doigts, et principalement sur leurs faces latérales, confluent de multiples vésicules miliaires, du type dyshidrosique, incolores, transparentes, et légèrement prurigineuses.

Les pieds présentent des bulles beaucoup plus volumineuses, intéressant surtout la plante du pied gauche, dont quelques-unes en voie déjà de transformation purulente, elles sont assez distantes les unes des autres, et ne paraissent pas obéir à un groupement défini.

En découvrant complètement le malade, on constate sur la surface de ses téguments, au niveau de l'abdomen et des cuisses, disséminées de place en place, une quinzaine de petites plaques rouges, régulièrement arrondies, mais à bords légèrement estompés, dont le centre affaissé déjà, est plus pâle, et recouvert d'une très légère squame sur 2 ou 3 d'entre elles.

Le pourtour forme un anneau bien net qui reproduit l'anneau de l'érythème annulare, aux premiers stades de l'érythème polymorphe.

Un léger prurit est accusé par le malade au niveau de ces plaques érythémateuses, alors que les régions bulleuses sont à peu près indolores.

L'état général du malade est du reste assez bon, à part un état digestif précaire, état légèrement saburral de la langue, un peu d'anorexie. Légère éosinophilie sanguine, 4 pour 100.

Nous voici donc en présence d'un malade qui présente au niveau des extrémités des manifestations rappelant par quelque côté la maladie de Duhring, entendue au sens le plus large, en raison de l'absence de groupement de ses éléments, ce que nous connaissons aujourd'hui sous le vocable de « dermatite polymorphe » : bulles disséminées, sur une ou plusieurs zones, mais circonscrites, et non prurigineuses. A peine est-il possible de reconnaître un liséré érythémateux à leur base, encore qu'au niveau du pied gauche, l'une d'entre elles, en voie de suppuration, ait provoqué l'anneau inflammatoire habituel. L'éosinophilie sanguine associée à l'éosinophilie des bulles vient ajouter à la vraisemblance du diagnostic. Cependant des réserves sont faites en faveur de l'érythème polymorphe dont la nature se précisera bientôt, en raison de deux faits à noter : d'une part la coexistence des macules et des plaques érythémateuses abdomino-crurales, et, d'autre part, l'indolence absolue au niveau des bulles.

L'état du malade ne se modifie pas pendant les quatre premiers jours de sa présence à l'hôpital, où il n'est soumis tout d'abord à aucun régime spécial. Devant la persistance de ses manifestations, l'on institue le régime végétarien absolu, et, en deux jours, l'état se modifie et la guérison s'installe, progressive et rapide, par effacement des

plaques érythémateuses, et dessiccation des bulles qui s'affaissent et finissent par se flétrir. Toutefois la guérison ici se fait par un mode spécial qui, pour sa rareté et son caractère atypique, mérite d'être signalé.

En même temps que les bulles disparaissent, se produit une véritable desquamation en squames étendues, véritables lambeaux au niveau de la face palmaire et de la face plantaire.

Le malade quitte le service le 20 janvier 1912, guéri.

Il est intéressant de noter, pour insister sur ces deux faits : d'une part, la desquamation qui vient confirmer le diagnostic d'érythème polymorphe, bien que par son intensité elle ait dépassé les descriptions qui en sont habituellement données, et dont la constatation était utile pour préciser un diagnostic demeuré difficile ; et d'autre part, le rôle de l'intoxication dans la pathogénie des symptômes.

L'interrogatoire du malade n'a permis de retrouver aucune intervention médicamenteuse à l'origine de cet état. Seule l'intoxication alimentaire paraît avoir joué un rôle important, à la faveur d'un terrain prédisposé.

L'épreuve du traitement hygiénique, par le régime végétarien, vient en corollaire manifeste, démontrer l'origine toxique de cet érythème.

REVUE DE DERMATOLOGIE

Acrodermatite atrophiante.

Pseudo-fibromatose multiple au cours de l'acrodermatite atrophiante (Die multiple Pseudofibromatose im Zustandebild der Akrodermatitis atrophicans), par G. Nobl. *Wiener klinische Wochenschrift,* 1911, n° 42, p. 1455.

Au cours du syndrome acrodermatite atrophiante chronique tel qu'il a été décrit, on peut observer des phénomènes hyperplastiques sous forme de néoplasies circonscrites, parfois symétriques, qui constituent une véritable pseudo-fibromatose.

Chez une femme de 50 ans il existait au niveau des coudes et des genoux des nodules recouverts d'un épiderme luisant et atrophié ; quelques-uns d'entre eux étaient d'une dureté cartilagineuse, recouverts d'une peau épaissie et jaunâtre. Au niveau du genou existait une véritable tumeur grosse comme une noisette.

Mêmes accidents chez une autre femme de 47 ans, qui présentait par ailleurs les signes d'une acrodermatite atrophiante chronique. Chez une autre femme de 43 ans, il existait une plaque formée par la réunion de disques fibreux, épais, lenticulaires, en même temps que d'autres nodosités sous-cutanées, volumineuses, développées au devant du genou, etc.

Tous ces accidents fibro-plastiques sont manifestement en rapport avec un processus d'infiltration inflammatoire.

Histologiquement on constate l'existence et l'évolution d'un processus aboutissant à la fibrose avec infiltration péri-vasculaire intense autour de vaisseaux sanguins dilatés ; l'élastine a complètement disparu dans les nodules.

C'est évidemment dans une vascularite et une péri-vascularite qu'il faut chercher le point de départ des lésions, et les localisations diverses de celles-ci expriment peut-être les variations de leur morphologie, atrophique sur les mains, néroformante et fibreuse au niveau des coudes et des genoux. Quant à la nature même de l'agent initial, rien ne permet encore de découvrir.

Ch. Audry.

Angiome caverneux.

Relation d'un cas d'angiome caverneux congénital du cou (Report of a case of congenital cavernous angioma of tke neck), par A.-J. Gilmour. *Medical Record*, 7 octobre 1911, p. 726.

Tumeur de la nuque, sessile, rouge, réductible, enlevée chirurgicalement.

G. Petges.

Aplasie moniliforme.

Un cas d'aplasie moniliforme des cheveux (A case of monilethrix), par Dore. *Royal Society of medicine of London,* 16 mars 1911. *The British journal of Dermatology,* avril 1911, p. 111.

Un enfant, rachitique, de 16 mois, dont un frère a déjà la même affection, n'a présenté rien d'anormal sur le cuir chevelu jusqu'à l'âge de 6 mois, est atteint d'aplasie moniliforme des cheveux. Cas intéressant par son caractère familial. G. Petges.

Atrophie cutanée.

Quelques cas d'atrophie idiopathique de la peau (Einige Fälle von Atrophia cutis idiopathica), par Török. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 107, p. 215.

Quatre observations. Dans les unes on voit les taches d'atrophie cutanée unies à une atrophie diffuse mais pouvant aussi apparaître sur la peau saine. Dans trois d'entre elles le tégument peut être facilement plissé, soulevé comme un petit sac; dans la quatrième il est fortement tendu et adhérent aux tissus sous-jacents. Pellier.

Bactériologie.

Sur la nature du bacille bouteille de Unna et sur des détails de structure de quelques champignons parasites (Über das Wesen der Unnaschen Flaschenbazillen und über den feineren Bau einiger Hautpilze), par E. Meirowsky. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 108, p. 129.

Les résultats exposés par M. ont été obtenus par l'emploi de la méthode de coloration de Nakanishi modifiée par Caplewski. Elle a pour but l'obtention d'une coloration vitale minima et la réalise par l'usage de porte-objets sur lesquels est étalée et desséchée une très mince couche de solution colorante (bleu boraté de Manson).

En évitant ainsi une surcoloration noyant les détails, on peut reconnaître au bacille bouteille de Unna une structure (membrane réfringente, sporulation) qui le rapproche des levures bien plus que des microbes.

Le même procédé, appliqué à divers champignons pathogènes, met en évidence une grande quantité de détails (corpuscules métachromatiques, espaces clairs analogues à des vacuoles, corpuscules mobiles). On se reportera avec intérêt aux excellentes figures qui illustrent ce travail. Pellier.

Cornes cutanées.

Quelques considérations histologiques sur les cornes cutanées (Einige histologische Betrachtungen uber Hauthörner), par M. L. Heidingsfeld. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 107, p. 393.

L'A. considère les cornes cutanées comme d'origine purement épithéliale et rejette absolument l'hypothèse d'un point de départ papillaire. La lésion initiale est une excavation de l'épiderme qui se remplit de cellules kératinisées se multipliant rapidement. Un grand nombre d'entre elles se rassemblent pour former des sortes de nids pour lesquels H. propose le nom de « sources épithéliales » car elles sont à ses yeux la véritable source de la

néoformation. De ces points émanent des cellules formant des crêtes verticales kératinisées. Le reste de la corne est constitué par des lamelles kératinisées issues de la base et des côtés de la lésion initiale.

L'hypertrophie des papilles est toujours secondaire ; elles ne présentent aucune altération pathologique. PELLIER.

Dermatite infectieuse.

Dermatite eczématiforme infectieuse. Influence possible de réactions anaphylactiques cutanées (Infections eczematoid dermatitis. Possible influence of anaphylaxis in skin reactions), par J.-A. FORDYCE. *The journal of cutaneous diseases,* mars 1911, p. 130.

Dans cet article documenté, F. insiste justement sur les relations des infections et de l'eczéma. Il souligne les nombreuses circonstances dans lesquelles on voit cette réaction cutanée suivre une infection locale ou générale, et cite des observations intéressantes avec reproduction de belles photographies.

On peut se demander avec lui si l'infection microbienne, par l'action des toxines, ne peut produire des réactions cutanées, du type des dermatites eczématiformes, comme les injections de sérum de cheval provoquent des accidents cutanés du type urticarien. A cette anaphylaxie sérique correspondrait une anaphylaxie d'ordre infectieux dont certains eczémas seraient l'aboutissant.

Intéressante hypothèse... mais hypothèse. G. PETGES.

Dermatite nécrotique.

Sur la dermatite nodulaire nécrotique (Ueber Dermatitis nodularis necrotica), par V. KLINGMULLER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 110, p. 419.

Une fille de 30 ans, présentant des signes de tuberculose du sommet droit, a présenté entre sa 10e et sa 18e année, des éruptions récidivantes occupant les extrémités du côté de l'extension, les genoux, les coudes, la tête et la face restant indemnes, sans prurit. Les efflorescences primitives présentent 3 formes ; papules infectées d'un rouge bleuâtre, rapidement pustuleuses et croûteuses, quelquefois saignantes, qui guérissent en laissant des taches pigmentées, des papules réunies en placards infiltrés avec petites hémorragies centrales, guérissant lentement, en laissant des cicatrices, — placards infiltrés de papules qui ne suppurent ni ne saignent, — taches rouges, érythémateuses, à développement rapide d'origine inflammatoire ou angiomotrices.

Au microscope, infiltration périvasculaire du derme, invasion épithéliale par les leucocytes, etc. Pas de bacille ; pas de réaction à la tuberculine ; pas de formation nodulaire. Cette malade a jadis été étudiée par Frohwein qui l'a considérée à tort comme un cas d'angiokératome.

C'est un exemple de la lésion décrite par Werther sous le nom de dermatitis nodularis necrotica.

C'est là une dermatose inflammatoire, hématogène dont les affinités ou la nature tuberculeuse ne paraissent pas établies.

K. résume une série d'observations publiées ailleurs sous des noms variés, et qui se rapportent plus ou moins au même syndrome. CH. AUDRY.

Dermatose linéaire.

Sur les dermatoses linéaires (Zur Kenntnis der strichförmigen Hautkrankheiten), par C. Cronquist. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 110, p. 121.

Une femme de 37 ans présente depuis 2 ans les efflorescences d'une éruption papuleuse, semblables à des papules de lichen, disposées en une longue traînée sur la face antéro-interne du membre supérieur gauche, depuis l'acromion jusqu'au milieu de l'avant-bras.

Dans ce cas, la distribution de l'éruption était subordonnée à la limite de la ligne frontière interne de Voigt.

C. rappelle à ce propos le rôle que Philippson a fait jouer aux lignes de Voigt dans la distribution des dermatoses linéaires, et il résume aussi la plupart des faits singuliers de ce genre qui ont été publiés, à morphologie de lichen ruber limités à une distribution linéaire.

Ch. Audry.

Dyskératose congénitale.

Sur les dyskératoses congénitales (Beitrag zur Lehre von den kongenitalen Dyskeratosen), par Bettmann. *Archiv für Dermatologie und syphilis,* 1911, t. 110, p. 15.

B. a antérieurement publié l'histoire de 3 frères présentant une forme dystrophique d'épidermolyse bulleuse héréditaire. Il a retrouvé 10 ans plus tard un de ces trois malades. Celui-ci présente toujours des poussées bulleuses. Il s'y joint maintenant des taches atrophiques, de petites veinules hémorragiques, de la leucoplasie buccale, de l'hyperkératose palmaire intense, et une hyperkératose plantaire légère.

B. se demande comment il faut interpréter ces accidents hyperkératosiques, qui sont tout à fait comparables au kératome plantaire héréditaire et familial. Il rappelle et discute à ce sujet le travail de Lenglet sur les dyskératoses congénitales ; il rappelle qu'on peut observer des bulles dans l'érythrodermie ichtyosiforme congénitale de Vidal-Brocq, quelques faits de Jadassohn, et conclut que les dyskératoses congénitales peuvent se manifester par des accidents variés, et susceptibles de se transformer.

Ch. Audry.

Éléphantiasis.

Éléphantiasis et paratuberculose, par J. Brault. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 150, p. 105.

Un jeune espagnol de 15 ans présente un état éléphantiasique de la peau du bras et des avant-bras, en même temps que des déformations cicatricielles des doigts dont le début et la date ne sont pas indiqués.

Sur le tégument ainsi transformé, apparaissent des papules isolées ou agminées, enchâssées dans le derme, et répondant au type habituel des tuberculides papulo-nécrotiques. Au microscope, amas lymphoïde, amas épithélioïde, phlébite. Pas de bacilles ni de cellules géantes.

B. conclut que la « paratuberculose » peut, comme la tuberculose, mener à l'hypertrophie éléphantiasique.

(B. ne précise pas ce qu'il faut entendre par paratuberculose.)

Ch. Audry.

Erythème elevatum et diutinum.

Sur un cas d'érythème elevatum et diutinum (Uber einen Fall von Erythema elevatum et diutinum), par L. Zweig. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 109, p. 519.

Un cas type de granulome annulaire à localisation un peu anormale (poignet, avant-bras) — (et non d'erythema elevatum et diutinum. N. d. T.).

Ch. Audry.

Fibrome.

Fibrome du nez (Fibroma of nose), par W.-J. Collins. *Journal of the American medical Association,* 9 septembre 1911, p. 877.

Les photographies du malade représentent un type parfait d'acné hypertrophique du nez, traité par la décortication avec un résultat parfait. Microscopiquement on constate la structure du fibrome. G. Petges.

Formations kystiques folliculaires et sébacées.

Contribution à l'étude des formations kystiques dans les follicules et les glandes sébacées (Beitrag zur Kenntniss der Zystenbildung in Follikeln und Talgdrüsen), par J. Schaumann. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 108, p. 141.

L'observation qui sert de point de départ à ce travail est celle d'un homme de 43 ans, porteur sur la partie postérieure du cou, sur la nuque, la région occipitale et le front de nombreuses élevures variant de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une graine de chènevis, sans modifications du tégument en dehors de quelques petites taches alopéciques dans les points du cuir chevelu où les efflorescences sont ordinairement localisées. La maladie s'est développée au cours des deux années précédentes.

L'examen histologique montra que ces lésions correspondaient à des orifices pilaires communs à deux ou trois follicules et présentant une dilatation kystique par suite d'une stagnation d'origine indéterminée. Cette dilatation n'augmente pas indéfiniment car il se produit, du fait même de la rétention, des modifications régressives dans les follicules et les glandes sébacées. Pellier.

Gangrène hystérique.

Gangrène cutanée hystérique (Gangræna cutis hysterica), par Vincenzo Chirivino. *Estratto dalla Gazetta Internazionale di Medicina, Chirurgia, Igiene,* Naples, 1911.

Après une revue des cas semblables, qu'il range sous deux rubriques : cas de gangrène cutanée considérés comme étant d'origine hystérique, cas de gangrène et d'autres lésions cutanées produites artificiellement par des sujets hystériques, C. rapporte une observation personnelle.

C'est une jeune fille de 28 ans chez qui sont apparues, aux jambes d'abord, puis aux seins, des éléments de couleur noirâtre, accompagnés parfois de petites phlyctènes, précédés de douleurs extrêmement vives et aboutissant à la nécrose, et à l'élimination de l'escarre : la réparation se fait par une cicatrice chéloïdienne.

C. discute ce diagnostic et se fondant sur l'état mental de la malade qu'il considère comme une hystérique et écartant d'autre part l'hypothèse de la

simulation, il conclut que c'est là un cas authentique de gangrène hystérique. H. MINOT.

Histo-chimie des matières cornées.

Le soufre labile des matières cornées (Der locker gebundene Schwefel der Hornsubstanzen), par UNNA et GOLODETZ. *Monatshefte für praktische Dermatologie*, 15 mai 1911, t. 52, p. 505.

Par une réaction in vitro, il est facile de se rendre compte que si la corne de bœuf contient beaucoup de soufre labile (locker gebunden) la couche cornée plantaire en présente peu et certaines de ses composantes (kératine A, kératine B, albumoses, kératine officinale) n'en montrent point. Le réactif (lessive de soude puis acétate de plomb) est peu applicable aux coupes histologiques à cause des précipités. U. et G. ont ajouté à la solution d'acétate de plomb un excès de soude suffisant pour dissoudre le précipité qui se forme lorsqu'on mélange ces deux substances.

Les coupes doivent avoir 50 μ d'épaisseur environ. La coloration, variant du jaune au brun, s'obtient au bout de 10 à 15 minutes.

On se rend compte ainsi que la partie cornée de l'épiderme est pour ainsi dire la seule à présenter la coloration. Un examen sommaire permet de reconnaître que l'abondance du soufre croît proportionnellement au développement de la formation cornée. On n'en rencontre point dans la couche cornée basale.

Ce sont les cystines qui, dans la couche cornée comme dans les albumines en général, sont les détenteurs du soufre labile. PELLIER.

Hypertrichose.

Hypertrichose lombaire sans spina bifida (Hypertrichosis lumbalis ohne Spina bifida), par M. SCHEIN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1911, t. 107, p. 335.

A propos d'un cas d'hypertrichose s'étendant de la première à la cinquième vertèbre lombaire, S. émet l'opinion que la relation souvent remarquée entre cette anomalie et la spina-bifida est due au retard du développement du tégument en ce point, retard qui correspondrait à une nutrition plus abondante du tissu. Il remarque que l'hypertrichose n'a été rencontrée que dans les spina bifida occultes et dans les lésions ouvertes présentant une tendance à la guérison. Il considère comme un argument d'importance le fait que cette hypertrichose est plus abondante en son centre que sur ses bords. PELLIER.

Lèpre et antiléprol.

Peut-on reconnaître à l'antiléprol une action spécifique sur la lèpre ? (Kann mann dem Antileprol eine spezifische Wirkung auf die Lepra zuerkeunen ?), par ENGEL BEY. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1911, t. 110, p. 147.

L'antiléprol consiste en une huile de chaulmoogra très pure. E. en a obtenu d'excellents résultats non seulement dans des lèpres à déterminations cutanées, tubéreuses ou mixtes, mais encore dans 3 cas de lèpre nerveuse ; chez ces dernières malades, il a vu rétrocéder en grande partie les anesthésies, les parésies et les atrophies ; E. croit donc pouvoir affirmer que l'antiléprol possède bien une action spécifique sur la lèpre. CH. AUDRY.

Lupus.

Lupus folliculaire disséminé (Über Lupus follicularis disseminatus), par Brunsgaard. *Archiv für Dermatogie und Syphilis,* 1911, t. 118, p. 111.

Cette forme morbide a été assez souvent signalée dans des termes différents. On a particulièrement étudié les formes pseudo-acnéiques, limitées à la face.

Entre le nodule typique et la cicatrice, il existe des manifestations de passage sous forme de nécrose ou de pustulation.

Une phtisique de 33 ans présente sur la face une éruption de petits nodules papuleux mous qui ressembleraient à du sarcoïde bénin multiple si l'on y trouvait les petits foyers multiples caractéristiques de celui ci.

Au microscope, lésion de tuberculose miliaire. Pas de bacille. On n'a pas encore découvert de ces derniers dans les foyers de cette espèce.

Ch. Audry.

Lupus érythémateux linéaire (Lupus erythematosus linearis), par R. Bernhardt. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 108, p. 65.

Observation et photographie. Pellier.

Lupus miliaire guéri par la nouvelle tuberculine (Lupus miliaris geheilt durch Neutuberkulin), par E. Delbanco. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 110, p. 129.

D. publie en détail l'observation d'un homme qu'il a, en 1905, présenté à la Société médicale de Hambourg. Il s'agissait d'un homme de 35 ans présentant un lupus acnéiforme, à nodules miliaires disséminés de la face. Ce malade guérit complètement de sa lésion cutanée par 25 injections de tuberculine nouvelle, et la guérison s'est maintenue depuis lors.

Histologiquement, D. avait trouvé outre les lésions nodulaires lupiques habituelles des altérations conformes à celles que Kraus avaient signalées, c'est-à-dire des altérations notables des petites veines, et des petites artères : inflammation de l'adventice, endophlébite circonscrite et latérale, etc., surtout au niveau du réseau vasculaire périfolliculaire. Pas de bacille.

Ch. Audry.

Nouvelles recherches sur la réaction du lupus vulgaire, et sur son traitement par le Salvarsan (Weitere Mitteilungen zur Reaktion der Lupus vulgaris nebst Beiträgen zur Therapie desselben durch Salvarsan), par Herxheimer et K. Altmann. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 110, p. 249.

H. et A. ont déjà indiqué que l'injection de Salvarsan déterminait une réaction autour des processus tuberculeux.

On sait que KI détermine de la fièvre chez les tuberculeux. Sorel qui a étudié cette influence de KI sur les lésions tuberculeuses des animaux pense que cette réaction est due (pour le cobaye) à un corps spécifique, mais non à la mise en liberté de la tuberculine. Peut-être, au niveau des territoires tuberculeux se produit-il une combinaison de la tuberculine et de l'iode, qui provoque l'apparition d'anticorps réactionnels.

Du reste on a signalé des réactions locales du lupus par l'extrait thyroïdien (H. et A. ignorent qu'on a précisément et exactement signalé le fait que

l'administration de KI provoquait *toujours* une violente réaction autour des foyers de tuberculoses cutanée, lupique en particulier. N. D. T.).

H. et A. étudient ensuite l'action du Salvarsan en injection intraveineuse chez les lupiques. Dans tous les cas, ils ont provoqué une violente réaction autour des éléments morbides.

Ils estiment aussi que l'influence thérapeutique a été très heureuse. On sait d'ailleurs que l'action de l'arsenic sur le processus tuberculeux peut être des plus active, même s'il s'agit du lupus. CH. AUDRY.

Lymphadénie.

Cas de lymphadénie cutanée (Da un caso de linfadenia cutáneo), par PEYRÉ. *Actas Dermo-Sifiliográficas,* IIIe année, no 4, p. 409, avril-mai 1911.

Il s'agit d'un jeune homme de 19 ans, atteint de lymphadénie cutanée en tumeurs des joues, du cou et un peu du dos des mains, avec infarctus ganglionnaires, forme de passage entre la leucémie ganglionnaire et le mycosis fongoïde en tumeurs, survenue à la suite des fatigues endurées pendant la campagne du Maroc et durant depuis un an environ.

J. MÉNEAU.

Lymphogranulome disséminé.

Lymphogranulome papuleux disséminé (Lymphogranuloma papulosum disseminatum), par G. NOBL. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 110, p. 487.

N. commence par rappeler les travaux récents relatifs au type de pseudoleucémie, adénique décrit particulièrement par Sternberg ; et il cite le travail où S. Grosz a étudié la lymphogranulomatose de la peau qui en représente une localisation tégumentaire ; à cette observation de Grosz et à une semblable de Hecht, il ajoute une troisième recueillie chez un homme de 21 ans, qui, il y a un an commença à présenter de l'adénopathie sus-claviculaire, puis cervicale, et rétroauriculaire ; bientôt envahissement de l'aisselle, etc. Série d'interventions chirurgicales, qui ne donnèrent que des résultats temporaires. Fièvre légère, etc. Érythème et infiltration diffuse du thorax. La rate n'est pas appréciable, ni le foie. Dans la peau du dos et sur la moitié gauche du thorax, nodules disséminés bruns ou bleuâtres, légèrement saillants, enchâssés dans le derme ; la peau de la poitrine, à droite, offre un infiltrat livide gros comme une noisette ; 23 000 leucocytes pour 4 500 000 hématies.

La radiothérapie amena une diminution des adénites.

Au microscope, tissu de granulation formé principalement de lymphocytes, de leucocytes polynucléaires, de cellules plasmatiques ; capillaires miformés ; cellules fusiformes à gros noyaux, quelques éléments polynucléés.

L'examen des ganglions enlevés n'avait pas laissé voir de processus régressif, mais seulement une hyperplasie semblable à celle qu'on observe dans le lymphome malin ; avec des cellules géantes qui n'offraient pas, d'ailleurs, de caractères tuberculeux.

Il est vraisemblable que le point de départ des proliférations est dans le tissu lymphatique.

N. n'a rien vu qui permît de rapporter la maladie à la tuberculose. Il

insiste sur le fait que, à côté des tumeurs et infiltrats cutanés qui peuvent se produire au cours de la maladie de Sternberg, on peut aussi observer une forme inflammatoire avec nodules enchâssés et des infiltrats diffus, comme au cours d'une dermatose toxique. CH. AUDRY.

Mycoses.

Sur la présence du favus de la souris chez l'homme et sur la place de son parasite dans la classification des dermatomycoses (Ueber das Vorkommen des Mäusefavus beim Menschen und seine Stellung im System der Dermatomykosen), par B. BLOCH. *Dermatologische Zeitschrift,* mai 1911, p. 451.

L'opinion de Sabouraud considérant les favus d'origine animale comme une curiosité scientifique est peut-être suffisante en ce qui concerne la région parisienne, mais non pour les autres pays. Les favus dus à l'A. Schœnleini sont rares à Bâle et sont observés sur des étrangers (Italiens et Russes); les dermatomycoses dues à l'A. Quincke ne sont pas exceptionnelles et B. en donne quatre observations.

Selon B., nombre de caractères doivent rapprocher l'A. Quinckeanum des trichophytons et l'éloigner de l'Ach. Schœnleini : cultures abondantes à la température du laboratoire, lésions avec formations trichophytoïdes constamment limitées aux parties glabres, à l'inverse de ce qui se passe pour l'A. Schœnleini, possibilité de cuti-réactions tout à fait exceptionnelles dans le favus banal, absence d'infiltrations profondes, production très irrégulière de godets. PELLIER.

Sporotrichose, par BONNET. *Société des sciences médicales,* 23 mai 1910. *Lyon médical,* 8 janvier 1911, p. 114.

La malade vit se former un premier petit abcès en janvier 1908. Son médecin traitant songea de suite à la sporotrichose et lui donna de l'iodure de potassium, mais à dose faible. Le résultat ne fut pas bon ; les abcès se multiplièrent, et un an après elle présentait aux membres inférieurs dix-huit petits abcès fistulisés. Les cultures donnèrent d'abondantes colonies de sporotrichon — on doubla la dose d'iodure de potassium, et la guérison fut très rapide.

L'échec d'un traitement ioduré léger ne prouve donc rien. Il faut donner de bonnes doses d'iodure — et aussi savoir les prolonger le temps voulu, quelquefois pendant plusieurs mois. M. CARLE.

État actuel de la question des sporotrichoses, par DE BEURMANN et GOUGEROT. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 110, p. 25.

Les auteurs résument pour les lecteurs allemands les renseignements actuellement connus sur la question du sporotrichum telle qu'ils l'ont traitée dans leur livre : les Sporotrichoses, auquel le lecteur français n'aura qu'à se reporter. Ch. AUDRY.

Un cas de sporotrichose (Sopra un caso di sporotricosi), par VIGNOLO-LUTATI. *Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle,* vol. LII, 1911, p. 23-31.

V.-L. rapporte un cas observé par lui de sporotrichose chez une femme

de 61 ans. Cette malade présentait une tumeur ramollie à la face interne du bras droit et plusieurs nodules entourés de plaques trichophytoïdes à l'avant-bras et à la main du même côté. La culture a été faite et a révélé du sporotrichum.

L'ingestion d'iodure de potassium a fait rétrocéder les tumeurs, mais la malade, qui était tuberculeuse, est morte au cours du traitement.

H. MINOT.

Un cas de sporotrichose (A case of sporotrichosis), par H.-G. ADAMSON. *The British journal of dermatology,* août 1911, p. 240.

La sporotrichose est très rare en Angleterre, semble-t-il : jusqu'ici deux cas seulement ont été signalés, encore l'un d'eux provenait-il du Brésil.

C'est de ce dernier, dont A. rapporte l'histoire : il s'agit d'un homme de 50 ans qui a présenté sur le bord radial d'un avant-bras, et sur le bras correspondant jusque vers l'aisselle une traînée de nodules et d'ulcérations cliniquement caractéristiques de la sporotrichose, à type de lymphangite.

Vérification par les cultures, l'examen microscopique direct et la séroréaction.

Une biopsie a permis de mettre en évidence des fragments de mycélium du sporotrichum dans les lésions, après coloration au *vert de méthyle-pyronin*: ce fait est intéressant à noter, car c'est la première fois où cette constatation est obtenue.

G. PETGES.

Un cas de sporotrichose osseuse primitive, par LESIEUR et MARCHAND. *Lyon chirurgical,* 1er février 1912, p. 163.

Le malade, entré à l'hôpital pour un érysipèle, était porteur depuis quatre mois, sur la jambe droite, au niveau de la crête tibiale, d'un placard inflammatoire au centre duquel un trajet fistuleux émettait un pus grumeleux et sanguinolent. Ce pus ensemencé sur carotte produit des cultures où le microscope permet de retrouver le sporotrichum. On donne de l'iodure qui produit en quelques jours une amélioration rapide. A ce moment survient une pneumonie de la base droite qui enlève le malade.

A l'autopsie, on trouve dans la profondeur du tibia une cavité osseuse pleine d'un pus jaune grisâtre, sans séquestre. La face interne est parsemée de bosselures et les parois d'une grande friabilité. Cette constatation est intéressante, d'abord à cause de la rareté des observations de ce genre, ensuite parce qu'elle permet de classer l'abcès intra-osseux parmi les lésions osseuses sporotrichosiques, à côté de la forme ostéomyélitique, et de l'ostéite hypertrophiante.

M. CARLE.

Mycosis fongoïde.

Mycosis fongoïde chez le nègre (Mycosis fungoïdes in the negro), par E.-R. STROBEL et H.-H. HAZEN. *The journal of cutaneous diseases,* mars 1911, p. 157.

Le mycosis est très rare chez les nègres ; le cas relaté motive un mémoire très documenté, dans lequel en outre d'une observation complète, les auteurs étudient le diagnostic et les différences du mycosis, du sarcome, du lymphome, et du granulome infectieux.

Ils concluent, entre autres constatations moins importantes, que le mycosis peut être considéré comme un lymphome cutané, parent des affections lymphoïdes et myéloïdes, d'origine vraisemblablement microbienne, peut-être due à une spirochète. G. PETGES.

Paget (Maladie de).

Sur la signification de la maladie de Paget (Zum Wesen der Paget 'schen Krankheit), par KREIBICH. *Berliner klinische Wochenschrift,* 1911, n° 49, p. 2193.

K. a examiné les coupes provenant d'une maladie de Paget (mamelle d'une femme de 69 ans), et il y a coloré des grains lipoïdes de telle sorte qu'il conclut que les cellules matricielles des éléments caractéristiques de la maladie de Paget sont des mélanoblastes, ayant subi une anaplasie telle que les lipoïdes n'arrivent pas à former du pigment. C'est ce qui explique l'évolution maligne de cette lésion ; ainsi s'explique l'analogie établie par Audry entre la maladie de Paget, certaines cellules de nævi et le cancer du sein. La maladie de Paget, mélanoblastome superficiel, est au mélanoblastomeprofond (mélanosarcome des auteurs) ce que le cancer superficiel de la peau est au cancer profond.

Son traitement doit donc être purement chirurgical. CH. AUDRY.

Priapisme.

Sur le priapisme (Über Priapismus), par O. SCHEUER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 109, p. 448.

Revue d'ensemble très étendue, et probablement complète, mais qu'il est tout à fait impossible de résumer. S. divise les cas en priapisme d'origine locale et d'origine générale.

Les causes locales elles-mêmes peuvent être périphériques ou centrales (lésions cérébrales ou médullaires).

S. a observé un cas de priapisme causé par un polype de l'urètre postérieur, et un autre consécutif à une cavernite chronique.

O. termine son travail par le résumé de 133 observations et une bibliographie.

Lecture très intérsssante en ce qu'elle met bien en évidence la variété extrême des conditions étiologiques aptes à provoquer le priapisme.

Ch. AUDRY.

Psoriasis.

« 606 » et psoriasis (« 606 » y psoriasis), par SERRANO et SAINZ DE AJA. *Revista Clinica de Madrid,* 15 mars 1911, n° 6, p. 212.

Un psoriasis généralisé datant de huit ans et ayant résisté aux thérapeutiques locales a montré dès le lendemain d'une injection de 40 centigrammes de Salvarsan une abondante desquamation ; l'état resta stationnaire pendant deux semaines, puis la guérison se produisit très complète et persistait encore au bout de deux mois. Chez un enfant de 8 ans, un psoriasis moins étendu disparut en quatre jours ; au bout d'un mois et demi il n'y avait pas de récidive. PELLIER.

Radio-thérapie.

Sur l'emploi de l'anémie adrénalinique en Röntgenthérapie (Uber

Erfahrungen mit adrenalin-anämie (nach Reicher und Lenz) für die Röntgentherapie), par F. Meyer. *Dermatologische Zeitschrift,* 1911, t. 18, p. 904.

Reicher et Lenz ont conseillé de provoquer localement une anémie en injectant de l'adrénaline avant l'application des rayons X.

L'injection se fait avec une solution d'adrénaline à 1 pour 1 000, qu'on étend, au moment de s'en servir, avec une solution de novocaïne à 5 pour 1 000. On injecte de 2 à 6 dixièmes de centimètres cubes de la solution d'adrénaline étendue de 3 centimètres cubes environ de la solution de novocaïne. La dose de rayons X était des trois quarts de la dose normale.

Une pareille méthode ne présente aucun inconvénient. Elle permet d'administrer, sans destruction de la peau, et en peu de temps, de grandes quantités de rayons.

Habituellement, on n'observe pas de réaction cutanée tardive.

Les résultats thérapeutiques semblent plus rapides et plus sûrs ; ils deviennent plus efficaces dans les cas qui paraissaient avoir été réfractaires. Quant à savoir si la méthode agit par l'anémie provoquée ou par l'action directe de l'adrénaline, c'est ce qu'il n'est pas encore possible de dire exactement. De toute façon, il y a lieu d'essayer cette méthode qui paraît innocente et utile.

Ch. Audry.

Effets remarquables de la radiothérapie médullaire chez un ataxique, par M. Bordier. *Société de médecine de Lyon,* in *Lyon médical,* 5 novembre 1911, p. 956.

Il s'agit d'un officier ataxique qui ne pouvait plus faire son service. Signes de Romberg, d'Argyll-Robertson, abolition des réflexes rotuliens, incoordination, difficultés de la marche, rien ne manquait au tableau clinique.

Grâce à son procédé spécial d'irradiation oblique qui permet aux rayons X d'agir plus efficacement sur la moelle épinière, M. B. croit avoir obtenu une amélioration inespérée.

Les 3 segments cervico-dorsal, dorsal et lombaire de la moelle furent soumis séparément à une série de 3 irradiations à gauche et à droite avec un dispositif particulier et un filtrage par 1 millimètre d'aluminium. Entre chaque série d'irradiations un repos de 3 semaines fut laissé.

Après 5 mois de traitement l'incoordination avait disparu, les pupilles réagissaient à l'accommodation, la flexion sur la pointe des pieds était parfaite, le malade se tenait sur un pied les yeux fermés.

B. admet que ce résultat est dû à la forte dose de rayons reçus par la substance médullaire, soit 5 unités *i* pour chaque segment de la moelle.

A. Jambon.

Traitement de la « granulosis rubra nasi » par les rayons X (Die Behandlung der Granulosis rubra nasi mit Röntgenstrahlen), par E. Brandle. *Dermatologische Zeitschrift,* 1911, t. 18, p. 985.

B. a traité par les rayons X 4 cas de granulosis rubra nasi en utilisant de très petites doses répétées à des intervalles de 2 ou 3 semaines, et comme Jeanselme il a obtenu de bons résultats.

Ch. Audry.

Un cas de talalgie blennorrhagique traitée par radiothérapie Un caso de talalgia blennorrágica tratado por radioterapia), par J. Ratera.

Actas Dermo-Sifiliográficas, III, nº 4, p. 388, avril-mai 1911, et *Revista Clinica de Madrid,* t. VI, nº 20, 15 octobre 1911, p. 304.

H. 25 ans, atteint de blennorrhagie il y a plus de 7 ans ; il y a quinze jours, nouvelle blennorrhagie aiguë, fortes douleurs dans le talon droit s'étendant à l'articulation du pied et aux genoux, s'exagérant à la pression et à la marche. Quatre séances de radiothérapie ont amené une forte diminution des douleurs ; trois nouvelles applications un mois plus tard les ont fait complètement disparaître. Le malade peut appuyer le pied et marcher, sans rien ressentir d'autre qu'un peu de faiblesse dans les jambes, due à l'arthrite des genoux. J. MÉNEAU.

Radiodermite chez une syphilitique, par BALVAY et ARCELIN. *Lyon médical,* 14 janvier 1912, p. 65.

Mme P., 38 ans, sans antécédents suspects, sauf une fausse couche récente, présente en août 1910 un gros bouton blanc dans le replis gingival supérieur. Ce bouton devient une grosseur peu douloureuse, puis un abcès qui s'ouvre et s'étend profondément sur la joue. Entre temps, de l'aphonie est survenue. On pense d'abord à un abcès dentaire ou à de l'actinomycose. Deux interventions chirurgicales ne donnent aucun résultat. En décembre l'ulcération décolle la joue, indurée par ailleurs On songe alors à un lupus et l'on fait une première séance de radiothérapie le 14 février. Six jours après la commissure et la joue sont perforées au niveau de l'application. Cicatrisation incomplète et lente. En mai, apparaissent sur la lèvre supérieure trois volumineux tubercules rouges. On fait une nouvelle séance, à la suite de laquelle survient une énorme escarre dont la chute détermine une vaste ulcération à fond sanieux. État général grave. On songe enfin à la syphilis et un traitement mixte est ordonné avec injections mercurielles. En 17 jours la plaie se cicatrise, la joue redevient souple et la malade guérit.

Outre l'erreur de diagnostic, cette observation est intéressante par la réaction anormale des tissus à la radiothérapie. Il y a peut-être là, comme cela a été dit (Broca), une susceptibilité particulière des tissus syphilitiques. M. CARLE.

Sarcoïde de Boeck.

Contribution à l'étude du sarcoïde bénin de Boeck (Beitrag zur Kenntnis der Boeckschen benignen Sarkoïd), par GALEWSKY. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 110, p. 185.

La maladie débuta en 1905 chez une veuve de 58 ans, par une infiltration ferme et rouge enveloppée au-dessous de la paupière gauche, dans la région orbito-nasale. Après un an et demi, elle était transformée en une sorte de faible induration brune. Puis survinrent des nodules dans la lèvre supérieure et la paupière, le front, enfin, au voisinage du cuir chevelu, apparurent des placards à marge papuleuse, bleuâtre, atrophiques au centre.

Pas de réaction à la tuberculine.

En 1909, récidives de nodules au niveau des anciens infiltrats. Une biopsie trop superficielle n'a pas donné de résultats. Guérison par l'arsenic.

On ne peut admettre là qu'un sarcoïde bénin de Boeck. CH. AUDRY.

Sclérodermie.

Sur une forme de sclérodermie analogue au lichen plan scléreux (Hallopeau) (Ueber eine dem Lichen sclerosus (Hallopeau) angenäherte Form der Zirkumskripten Sclerodermie), par W. Fischer. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 110, p. 159.

Une fillette de 12 ans, atteinte de vulvite gonococcique, et anciennement de tuberculose ostéoarticulaire, présente depuis un an une dermatose chronique singulière disséminée, à peu près limitée à la peau du tronc (sauf quelques efflorescences sur le membre inférieur). La maladie est constituée par de petits éléments bruns très semblables à ceux du lichen plan, coiffés d'une squame répondant aux orifices folliculaires. Démangeaison éphémère. En certains points, les éléments adoptent une forme ronde ou oblongue ; leur surface se plisse et il se fait un exsudat séreux sous l'épithélium. Enfin, au centre de l'élément se manifeste un processus atrophique qui s'étend à toute l'étendue de l'élément et qui aboutit à une tache atrophique. cicatricielle.

Au microscope, processus inflammatoire périvasculaire développé primitivement dans le derme sous-papillaire ; puis prolifération fibroplastique, transsudation séreuse, destruction du tissu élastique et du pigment, et enfin, dégénération du tissu conjonctif et formation d'une phlyctène.

F. a d'abord rapproché ce fait du lichen albus de Zumbusch, du lichen plan scléreux d'Hallopeau.

Les altérations histologiques se rapportent de celles de la morphée en gouttes de Hoffmann, du white spot, de la dermatite lichénoïde atrophiante de Czillag, etc., de la leucodermie atrophique ponctuée de Milian. En fait, au point de vue histologique tout au moins, la structure diffère sensiblement de celle du lichen plan.

Quoi qu'il en soit, ces faits forment « le pont entre la soi-disant sclérodermie lichénoïde, et les formes pures de sclérodermie circonscrite superficielle ». Ch. Audry.

Sensibilité (Troubles de la).

Nouvelles contributions à l'étude de la sensibilité anormale de la peau (Weitere Beiträge zur abnormen Hautempfindlickeit), par Kreibich. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 108, p. 47.

K. apporte quelques observations à l'appui de ses travaux antérieurs. Chez un sujet atteint de syphilides pigmentaires, il a constaté l'impossibilité de provoquer la réaction des follicules au niveau des points leucodermiques ; ceux qui veulent voir dans la syphilide pigmentaire un phénomène d'origine névritique trouveront dans ce fait un signe d'hyposensibilité nerveuse.

L'hypersensibilité de la bordure des plaques de vitiligo (Kreibich) trouve une explication dans l'observation clinique d'un vitiligo de la paroi abdominale avec bordure hyperémique ; c'est la constatation clinique des lésions inflammatoires décrites par Jarisch.

Les troubles vasculaires et vasculo-nerveux peuvent également être le point de départ de phénomènes d'hypersensibilité. Ainsi, K. a observé dans

la cutis marmorata des eczémas disposés en réseau et occupant avec une intensité particulière les parties cyanosées du tégument. Chez un enfant atteint d'urticaire papuleuse, un énorme placard était localisé au-dessus d'un nævus vasculaire. Un curieux exemple d'hyposensibilité réside dans l'observation d'un érythème hydrargyrique ayant épargné sur la cuisse du malade le point où venait s'appuyer, dans le décubitus dorsal, un gros hydrocèle. K. rapproche ce fait de ses expériences sur les angioneuroses ; il considère qu'une pression sur le tégument n'a besoin pour modifier sa sensibilité de n'être ni très intense, ni très longue. On pourrait selon lui émettre l'idée d'une sorte de mémoire cutanée. PELLIER.

Télangiectasies.

Télangiectasies cutanées abondantes de formation récente (Multiple cutaneous telangiectasies of recent origin), par JAMES GALLOWAY. *Proceedings of the Royal society of Medecine clinical section,* vol. 4, nº 3, janvier 1911, p. 42.

G. relate la rare observation d'un homme de 35 ans, ayant vécu en Afrique, dans l'Inde et en Birmanie, porteur de nombreuses télangiectasies en voie de croissance. Ce sujet blennorrhagien, syphilitique non soigné, paludéen et tuberculeux pulmonaire cavitaire, ayant eu des hémoptysies, expectorant de nombreux bacilles de Koch, présente depuis six mois de curieuses télangiectasies en toile d'araignée, avec un centre angiomateux, saillant, pulsatile, d'un diamètre total de 1 à 2 centimètres, siégeant en grand nombre sur la face, les épaules, les membres. Ces lésions rappellent les angiomes des cirrhoses hépatiques.

L'étiologie est forcément indéterminable chez ce malade imprégné d'infections trop variées. G. PETGES.

Thérapeutique cutanée.

L'hyperémie dans le traitement des maladies de la peau (The hyperœmic treatment of diseases of the Skin), par W. KNOWSLEY SIBLEY. *Archives of the Roentgen Ray,* avril 1911, nº 129.

K. S. préconise l'hyperémie passive provoquée par l'application d'une bande élastique, ou de ventouses spéciales de formes variées, et l'hyperémie active consécutive à l'action de l'air chaud sec, dans beaucoup de dermatoses : il a traité par cette méthode des cas de : acné, pelade, engelures, eczéma, chéloïdes, lupus, mycosis fongoïde, psoriasis, ulcus rodens, acné rosacée, cicatrices, séborrhée, sycosis, syphilis, ulcères chroniques, urticaire.

Il ne donne aucun résultat net, aucun détail précis, aucune observation. Travail théorique, sans faits cliniques, peu probant. G. PETGES.

L'acide carbonique solide en thérapeutique dermatologique, par F. GALLET. *Thèse,* Paris, 1911, 56 pages.

Expérimentalement M. Gallet étudie les lésions histologiques dermo-épidermiques déterminées par l'application de neige carbonique. Il reconnaît les bons résultats de cette méthode dans le traitement des nævi, des télangiectasies, de certaines chéloïdes, verrues, crasses séniles, épithéliomas superficiels.

Les résultats sont également assez favorables dans le lupus érythémateux, mais ne présentent pas d'intérêt particulier dans le lupus tuberculeux.

R. Lutembacher.

Traitement des nævi vasculaires par la neige d'acide carbonique (Behandlung des Nævus vasculosus mit Kohlensäureschnee), par F.-D. Friedlander. *Dermatologische Centralblatt,* 1911, n° 3, p. 66.

Bon exposé didactique de la question. F. fait un vif éloge de la méthode. Rien de nouveau.

Ch. Audry.

Cure de quelques dermatoses par la neige carbonique [Sulla cura di alcune dermatosi con la neve di anidride carbonica (Pusey)], par J.-B. dalla Favera. *Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle,* 1911, vol. LII, p. 292-307.

D.-F. a traité par cette méthode (application de neige carbonique pendant 25 à 30 secondes, avec une pression modérée) des lupus érythémateux, des chéloïdes, un nævus arachneus, des verrues vulgaires, des épithéliomes cutanés : dans tous ces cas la méthode s'est montrée au moins égale à toutes celles employées jusqu'alors.

Il a obtenu des résultats favorables en congelant légèrement la surface de plaies torpides, en particulier d'ulcères variqueux.

Par contre les résultats n'ont été bons ni dans le chloasma, ni dans le lupus vulgaire, ni pour faire disparaître des tatouages.

D.-F. a recherché les effets histologiques de l'application du froid : ils sont de deux sortes, les uns, dus à l'effet immédiat, consistent en dégénération et nécrobiose des divers tissus atteints, les autres en réaction inflammatoire.

H. Minot.

Du traitement des eczémas particulièrement rebelles (Zur Behandlung besonders schwer zu heilender Ekzemfälle), par Th. Veiel. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 107, p. 277.

Trois observations d'eczémas ayant résisté à diverses thérapeutiques et dans lesquels V. a obtenu la guérison au moyen de badigeonnages avec une solution de tanin à 5 pour 100 à laquelle on peut sur les peaux sèches ajouter, si elle est tolérée, une petite quantité de glycérine (2,5 pour 100).

Pellier.

Méthode pour l'emploi thérapeutique de l'iode à l'état naissant dans les tissus (Methode zur therapeutischen Anwendung von Jod in statu nascendi in den Geweben), par A. Reyer. *Berliner klinische Wochenschrift,* 1911, n° 42, p. 1873.

Il s'agit de la méthode de Pfannenstill qui donnait de l'iode par la bouche à un malade atteint de tuberculose des muqueuses, tandis qu'il faisait passer de l'ozone sur la muqueuse. Strandberg a substitué l'eau oxygénée à l'ozone. Une telle méthode ne donne pas de résultats contre les lésions de la peau.

R., après des recherches expérimentales appropriées, s'est arrêté à la technique suivante : administration d'iodure de sodium par la bouche. Puis le malade prend dans la main le pôle négatif d'une pile à courant continu,

tandis qu'on maintient le pôle positif (sous forme d'une aiguille de platine iridié) implanté dans la peau malade.

On ferme le courant avant d'enlever l'aiguille, pour éviter la douleur : 65 volts, 2 milliampères ; durée de l'application : 2 minutes.

A. R. détermine ainsi l'apparition d'iode à l'état naissant par voie électrolytique. Il faut donner au moins 3 grammes d'iodure de sodium en une ou deux doses, et faire l'applicatlon une ou deux heures après l'absorption du médicament.

Quand le placard lupique est étendu, R. emploie une électrode positive à la surface de laquelle sont implantées 5 aiguilles de platine iridié.

Il a eu de bons résultats dans 5 cas. Ch. Audry.

Un nouveau procédé pour mettre en évidence les combinaisons iodiques dans l'urine (Ein neues Verfahren zum Nachweis von Iodverbindungen in Harne), par Holmgren. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* t. 106, 1911, p. 283.

On dépose sur une feuille de papier buvard une petite quantité d'eau oxygénée diluée (1/10 de centimètre cube de solution à 3 pour 100) et au milieu de la tache ainsi déterminée une égale quantité d'acide chlorhydrique à 25 pour 100. Si avec une pipette on ajoute de la même façon une goutte de l'urine d'un sujet absorbant de l'iodure de potassium il se produit un anneau brun ou bleu suivant la plus ou moins grande quantité d'iode éliminé.

La réaction décèle l'iode dans l'urine d'un sujet urinant un litre et ayant absorbé un décigramme d'iodure. La quantité d'urine employée étant environ de 0 cc. 02 et l'iodure n'étant pas éliminé par cette seule voie, la méthode apparaît comme extrêmement sensible. Pellier.

Ulcérations familiales (Ulcère neurotique).

Ulcérations familiales et récidivantes de la muqueuse bucco-gutturale (Familiär auftretende, rezidivierunde Schleimhautulzeration im Mund und Rachen), par J. Strandberg. *Dermatologische Zeitschrift,* 1911, nº 9, p. 833.

Un tailleur de 23 ans, sa mère et ses deux sœurs présentent depuis plusieurs années des ulcérations récidivantes de la muqueuse buccale et gutturale, jaunes, plus ou moins profondes, sur un fond rouge, qui guérissent en laissant des cicatrices. La maladie débute par de petites taches disséminées qui s'étendent, se creusent au centre, dont les bords sont polycycliques et nets, qui atteignent 3 et 4 centimètres et demandent parfois 2 mois pour guérir. La douleur apparaît en même temps que la nécrose centrale. La récidive, l'existence de la maladie chez plusieurs membres d'une même famille sont caractéristiques. La recherche bactériologique et histologique n'ont fourni aucun renseignement caractéristique. L'étiologie est douteuse, bien que les malades soient presque toujours très nerveux.

Le traitement est purement symptomatique. Le pronostic n'est pas grave ; mais la maladie est désagréable.

C'est d'ailleurs la maladie dite : ulcère neurotique de la bouche par Jacobi qui l'envisage comme une trophoneurose, ulcère aphteux chronique de Löblowitz, stomato-pharyngite disséminée de Frese. Ch. Audry.

Urticaire.

Urticaire pulsatile (Pulsierende Urtikaria quaddel), par A. Nagy. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 109, p. 524.

Un homme de 21 ans présentait une urticaire du dos des mains, probablement consécutive à des piqûres d'insectes. On scarifie légèrement la surface des élevures et on badigeonne de collodion la petite plaie. On vit alors apparaître autour des élevures les plus volumineuses un anneau congestif rouge, à battements exactement synchrones au pouls. La pellicule collodionnée était légèrement soulevée. Ch. Audry.

Verrues planes.

Deux cas de verrues planes juvéniles (Dos casas de verrugas planas juveniles), par Serrano et A. S. de Aja. *Actas Dermo-Sifiliográficas,* IIIe année, n° 3, p. 391, février-mars 1911.

Un garçon de 13 ans est porteur de verrues planes à la face et aux mains. Traitement par : soulèvement de la cuticule des verrues du visage et attouchement léger à la teinture d'iode, guérison rapide. Quinze jours après les verrues des mains non traitées avaient également disparu. Son frère, âgé de 8 ans, et couchant avec lui, est atteint de verrues planes de la face, mains et doigts indemnes. Traitement de la moitié des verrues. Quinze jours après, toutes les verrues, traitées ou non, ont disparu. La guérison ou la régression des verrues non traitées paraît due à ce que la destruction des lésions verruqueuses met en liberté des substances chimiques, des toxines, qui provoquent la formation d'anticorps, d'antitoxines circulant dans l'organisme entier. Tout en activant la guérison des foyers attaqués, elles modifient et guérissent même les lésions non encore traitées, sans que la suggestion y soit pour rien. La localisation aux parties découvertes démontre le rôle de la contagion et l'étiologie microbienne. Le traitement employé est simple et à la portée de tous.

Azúa confirme les résultats obtenus par cette méthode de traitement et n'a pas constaté de récidives. J. Méneau.

Verruga du Pérou.

Un cas de Verruga du Pérou. Inoculation au singe. (Ein Fall von Verruga Peruviana; igelungene Ubertragung auf Affen), par Jadassohn et G. Seiffert. *Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankeiten,* 1910, t. LXVI, p. 247.

Observation prise sur un guide de Zermatt qui avait accompagné une touriste américaine dans des ascensions au Pérou. Le guide avait quitté l'Amérique du Sud depuis à peu près un mois, et se trouvait à Zermatt depuis une semaine quand la maladie se manifesta par des malaises suivis de sueurs abondantes. Peu de jours après, apparition d'un nodule sur la cuisse, puis sur la joue, puis d'autres apparurent sur la face, etc.

Dans l'impossibilité de préciser le diagnostic, J. sur la foi des renseignements étiologiques songea à une maladie exotique, et à la Verruga du Pérou ; la lecture de l'article de la Pratique Dermatologique, et mieux encore la lecture du travail d'Odriozoa confirmaient ce diagnostic.

J. et S. analysent ce dernier ouvrage où O. dit aussi qu'il a souvent ren-

contré la verruga spontanément développée chez plusieurs espèces animales. Mais il n'existe pas de bonnes recherches d'inoculation.

J. et S ont échoué chez le lapin, le cobaye, la taupe, le rat, le poulet et un chien. Ils ont obtenus des résultats positifs des plus nets chez des singes (cercopithèque, macaque). Ils n'ont pas réussi à voir de parasites ni dans le sang, ni sur les coupes.

Chez le premier singe inoculé, l'incubation avait été de 45 jours.

Ch. Audry.

Xanthelasma.

Contribution à l'étude du xanthelasma (Contributo clinico, histologico e critico allo studio dello xantelasma), par P. Stancanelli. *Estratto dal Giornale Int. delle Scienze Mediche,* 1910. Opuscule de 33 pages avec figures.

Les conclusions de S. sont que : Toutes les formes du xanthelasma constituent un seul type morbide bien défini cliniquement et autonome. Histologiquement, la maladie présente un cycle évolutif, comportant trois périodes : une période de prolifération; une période de dégénération et de nécrobiose; la période d'état.

Les granulations adipeuses des éléments de prolifération (cellules adipeuses de Chambard) ne sont pas constantes : on ne saurait se servir de leur existence comme d'un argument pour prouver que le tissu xanthelasmique est identique au tissu adipeux dans ses stades embryonnaire ou adulte.

La coloration jaune doit être attribuée à un pigment spécial qui semble analogue à la lutéine et se trouve dans les couches papillaire et sous-papillaire du derme.

S. conclut de ses recherches que le xanthelasma est une toxidermite endogène à manifestations persistantes et non une dermatose à type néoplasique.

H. Minot.

Xanthome.

Un cas de xanthome congénital (endothéliome) (A case of congenital xanthoma (endothelioma), par Mc Donagh. *Royal Society of medicine of London,* 16 mars 1911. *The British journal of dermatology,* avril 1911, p. 115.

Un enfant de 5 mois fut atteint 14 jours après sa naissance des premiers symptômes de l'affection cutanée dont il est encore atteint. Il présente de petites tumeurs disséminées sur tout le corps, sans localisations spéciales, du volume d'une lentille, de couleur rouge. Beaucoup ont disparu spontanément. La mère avait eu une affection analogue dans son enfance peu après sa naissance; elle n'en présente plus de traces actuellement. McD. a déjà étudié histologiquement un cas analogue; de l'examen de ces observations il conclut que ces tumeurs sont formées de cellules endothéliales et de tissu conjonctif. Il existe des cellules géantes dans la couche sous-papillaire de la peau, vraisemblablement dues à l'obturation d'un capillaire par des cellules endothéliales; on y voit des globules rouges très pâles. Ces cellules géantes et endothéliales contiennent des corpuscules d'une graisse spéciale, bien colorées par le Soudan III, mais colorées en jaune-brun et non en noir par l'acide osmique : il ne s'agit pas de graisse véritable.

En raison de la fréquence des angiomes dans les xanthomes, et de l'aspect histologique des deux cas étudiés, McD. pense que ces tumeurs proviennent d'une portion du mésoblaste destiné à former les parois des capillaires : ce seraient donc des endothéliomes. G. PETGES.

Xeroderma pigmentosum.

Sur le xeroderma pigmentosum (Über Xeroderma pigmentosum), par R. SCHONNEFELD. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* t. CIV, p. 47.

Observation recueillie chez un conducteur de bestiaux de 26 ans, sans antécédents héréditaires, malade depuis l'âge de 3 ans ; la maladie est tout à fait typique (pigmentations, télangiectasies, taches atrophiques, tumeurs sur la face et les mains, etc.). Au microscope une tumeur offrait la structure d'un carcinome angiomateux, une autre, celle d'un angiome pur.

S. réunit ensuite les données étiologiques qu'il a pu relever (influences de l'hérédité, de la consanguinité, de la race (israélite), du sexe, etc.) ; il admet sans discussion la réalité du xeroderma pigmentosum tardif, etc., et montre que l'évolution de la maladie n'est pas toujours maligne.

Il réunit ensuite en tableau tous les examens de sang qui ont été publiés, examens qui n'autorisent aucune conclusion.

Bibliographie assez étendue. Ch. AUDRY.

Zona.

Zona thoracique chez un prématuré de deux mois, par PLAUCHU et RENDU. *Société des sciences médicales,* 6 avril 1910. *Lyon médical,* 13 novembre 1910, p. 810.

Il s'agit d'un cas de zona survenu en pleine santé, évoluant sans fièvre et sans incidents. D'ailleurs, le zona chez l'enfant est presque toujours bénin. En l'espèce, l'étiologie est impossible à préciser, car on ne trouve aucun des facteurs habituels : ni hérédité névropathique, ni troubles dyspeptiques, pyrexies, angine, oreillons, rougeole, etc. Ce cas est curieux parce qu'il n'en a pas été publié à cet âge ; ceux qui s'en rapprochent le plus étant ceux de Comby et de Fabre concernant des nourrissons de huit mois.

M. CARLE.

Sur le zona généralisé (Zur Kenntnis des Herpes zoster generalisatus), par NOBL. *Wiener klinische Wochenschrift,* 5 janvier 1911, n° 1, p. 14.

Chez un vieillard de 74 ans, sans antécédents, surviennent des symptômes fébriles et particulièrement douloureux dans la région thoracique gauche auxquels succède un exanthème en éléments serrés dans la région dorsolombaire et plus disséminés sur la poitrine, la verge et la cuisse. Des élevures vésiculeuses, entourées d'un halo, s'y développent : les éléments dorso-lombaires entourés d'un cercle érythémateux prennent une teinte gris-opaque tandis que les lésions disséminées sont gangreneuses sur le front, le menton, ou pli inguinal, hémorragiques sur la partie latérale du thorax.

Le point de majeure importance pour le diagnostic de zona généralisé est la constatation d'une éruption locale, systématisée et zostériforme pouvant être considérée comme l'accident primaire. Elle permet d'éviter certaines erreurs dans des cas de variole ou de dermatite herpétiforme.

Le mode de production du zona doit être recherché dans la notion des angioneuroses d'Eulenburg et Kreibich : Le point de départ du réflexe est situé dans le ganglion ; de là l'irritation gagne les ganglions sympathiques et détermine les phénomènes vaso-moteurs. Dans les cas de zona généralisé, cette excitation vaso-motrice se transmet le long de la moelle mais avec une intensité moindre : la différence d'intensité entre la lésion initiale et les éléments disséminés de l'éruption est ainsi expliquée. PELLIER.

Syndrome rhumatismal chronique consécutif à un zona et localisé dans le territoire radiculaire de l'éruption, par G. GUILLAIN et FERNET. *Société de neurologie de Paris,* 10 novembre 1910. *Revue neurologique,* 30 novembre 1910, p. 535.

Homme de 69 ans, atteint de zona localisé à la face antérieure des 3 derniers doigts, à l'éminence hypothénar et à la région interne de l'avant-bras et du bras, à droite, sur le territoire de la 7e racine cervicale et de la 1re racine dorsale. Dès le début de l'éruption, les mouvements des 3 derniers doigts furent douloureux et difficiles. 6 mois plus tard, on note une légère atrophie de l'éminence thénar et des interosseux à la face dorsale de la main, une raideur très prononcée des articulations phalangino-phalangettiennes et un peu moins prononcée des articulations phalango-phalanginiennes des 3 derniers doigts, une légère difficulté de la flexion de l'index et une certaine difficulté de la flexion de la 2e phalange du pouce. Hyperesthésie et hyperalgésie dans la zone radiculaire où a siégé le zona. Aucun trouble des réflexes. G. THIBIERGE.

Zona et herpès causés par le Salvarsan (Zoster y herpes como efectos de la medicación por el Salvarsan), par SERRANO et S. DE AJA. *Actas Dermo-Sifiliográficas,* IIIe année, no 4, p. 406, avril-mai 1911.

Chez un malade atteint de gommes ulcérées de la fesse et d'ulcérations pharyngées graves, il s'est produit 15 jours après une injection intra-veineuse de 0,30 de Salvarsan avec forte réaction de Herxheimer, un zona typique de la région fessière. L'injection fut renouvelée un mois après, et 6 jours plus tard il se déclarait un zona ophthalmique. J. MÉNEAU.

Coïncidence du zona et du psoriasis (Koinzidenz von Herpes Zoster und Psoriasis vulgaris), par G. GJORGEVIC. *Wiener klinische Wochenschrift,* 1911, no 19, p. 669.

Observation d'un homme de 40 ans, psoriasique depuis plusieurs années chez lequel on vit survenir un zona thoracique gauche, et chez lequel on vit des efflorescences psoriasiques succéder in situ aux lésions de zona. Pringle a publié un cas analogue où les efflorescences psoriasiques apparurent autour des vésicules de zona. Ch. AUDRY.

La thermo-anesthésie au cours du zona, par Félix RAMOND. *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux de Paris* du 15 décembre 1910, p. 649.

A la suite d'une observation de Chiray rapportée précédemment, où cet auteur signala la thermo-anesthésie au cours d'un zona cervico-facial, R. expose ses recherches portant sur 43 cas de zona dans lesquels il a exploré minutieusement la sensibilité suivant tous ses modes. Il a noté la présence à peu près constante de la thermo-anesthésie.

Comme autres particularités intéressantes, il signale le phénomène de la chair de poule lorsqu'on frotte la peau avec un instrument mousse ; un phénomène plus banal, la glycosurie alimentaire, enfin la polyurie avec ou sans pollakiurie.

Le meilleur traitement des douleurs névralgiques accompagnant ou suivant le zona paraît être l'injection sous-cutanée d'air stérile. A. FAGE.

Application du chlorure d'éthyle au traitement du zona (Aplicación del clorure de etile para la curación del zona), par A. VERGELY. *Actas Dermo-Sifiliográficas,* III[e] année, n° 3, p. 330, février-mars 1911.

V. communique trois observations de zona du tronc et de la jambe, immédiatement soulagés après le stypage. Il faut provoquer une gelure légère de la peau et faire la révulsion de la colonne vertébrale en un point plus élevé que celui de l'origine apparente ou de la convergence des nerfs lésés et correspondant aux métamères infectés de la moelle.

Azua insiste sur la réduction de la période douloureuse et conseille l'emploi de cette méthode dans les cas rebelles. J. MÉNEAU.

Résultats du Traitement par le Salvarsan.

Notre expérience actuelle sur le traitement abortif de la syphilis par le Salvarsan (Unsere bisherigen Erfahrungen über die abortive Behandlung der Syphilis mit Salvarsan), par Geronne et Gutmann. *Berliner klinische Wochenschrift,* 1911, n° 48, p. 2153.

Leur statistique porte sur 37 cas de chancres remontant à 3 mois au moins, 17 d'entre eux présentant une réaction de Wassermann positive, et 20 une réaction négative, lors du traitement.

Parmi ces derniers on compte 1 récidive et 2 réindurations ; parmi les premiers 7 récidives et une réinduration : au total, 29 malades n'ont présenté aucun accident secondaire, et 10 d'entre eux ont été traités depuis 12 à 16 mois.

G. et G. conseillent de traiter énergiquement l'accident initial ; ils ne croient pas nécessaire de recourir à l'injection du calomel pour associer le mercure au Salvarsan.

Ils pensent que si l'on peut traiter par le Salvarsan et localement, une syphilis dès le chancre et avant l'apparition des accidents secondaires, on peut poursuivre une abortion, et s'abstenir du traitement chronique intermittent. Ch. Audry.

Sur le traitement de la syphilis chez les enfants au sein par injection de Salvarsan à la personne qui les allaite (mère ou nourrice) (Sobre el tratamiento de la sifilis en los niños de pecho por injección de Salvarsan à la persona qui los amamanta (madre ó noriza), par Serrano et Sainz de Aja. *Actas Dermo-Sifiliograficas,* avril-mai 1911, IIIe année, n° 4, p. 367.

Avec le lait des femmes syphilitiques injectées au Salvarsan, il s'élimine dans les jours qui suivent immédiatement l'injection, des substances plus ou moins curatives des lésions syphilitiques des enfants allaités. On peut employer chez les nourrissons la voie digestive pour faire absorber le Salvarsan ou les substances contenues dans le lait. Mais cette forme de médication n'a qu'une valeur curative éphémère, quoique réelle, non prophylactique ; elle n'évite ni récidives ni formation de lésions nouvelles. En l'associant au mercure on obtient des résultats supérieurs à tous ceux connus, sans causer plus de troubles aux petits malades. Dans les cas graves, le traitement consistera à toucher les lésions avec une solution de Salvarsan à 1 pour 100, à faire des frictions mercurielles à l'enfant, et injecter du Salvarsan à la nourrice. Dans les cas ordinaires, on prescrira la cure typique ci-dessus, des injections hebdomadaires de toutes petites quantités

de 606, ou des frictions mercurielles et des injections intra-musculaires ou sous-cutanées de doses répétées de Salvarsan. Le mieux est de combiner le Salvarsan au mercure. J. Méneau.

Le 606 et la syphilis héréditaire (Il 606 di Ehrlich e la sifilide ereditaria), par A. Breda. *Giornale Italiano delle Malattie veneree e' della pelle.* Vol. LII, 1911, p. 565-579.

B. a étudié dans quatre cas l'action du 606 sur des femmes enceintes et sur leur enfant.

Dans un premier cas, une malade, ancienne syphilitique et déjà traitée, reçoit, au 7e mois de sa grossesse, alors qu'elle est atteinte d'une gomme du tibia, 0 gr. 30 de 606 en injection intramusculaire. Elle accouche d'un enfant bien développé et qui a vécu.

2e cas. Une femme de 20 ans, syphilitique, reçoit au 5e mois de sa grossesse et de sa syphilis 0,45 de 606 en injection hypodermique dans le dos. Elle accouche à terme d'un enfant vivant, lequel meurt 72 jours après sa naissance, sans avoir présenté de symptômes de syphilis. L'autopsie cependant révèle dans divers organes, en particulier le foie et les os, des lésions de syphilis héréditaire.

3e cas. Une femme de 23 ans reçoit au 8e mois de la grossesse, étant en période de roséole, 0 gr. 45 de 606 dans l'hypoderme interscapulaire. Elle accouche à terme d'une enfant bien développée, sans manifestations syphilitiques, qui vit 171 jours et meurt de pneumonie. Cette pneumonie, l'autopsie montre qu'elle est vraisemblablement une pneumonie blanche hérédo-syphilitique.

B. considère ce dernier cas comme en faveur du 606, puisqu'une femme qui n'avait reçu jusqu'alors presque aucun traitement, traitée au 8e mois par le Salvarsan, a pu mettre au monde une fille qui a vécu 171 jours.

A propos du 4e cas, B. étudie le passage dans l'urine du médicament.

H. Minot.

Pour et contre l'arsénobenzol, par Ch. Audry. *Province médicale,* 1912, n° 5, p. 11.

A. estime qu'on doit réduire autant que possible le nombre des injections d'arsénobenzol, et ne l'administrer qu'aux malades en puissance d'accidents; qu'on doit rester fidèles à l'emploi des doses de 0,60, répétées le moins possible, et qu'il faut toujours administrer Hg simultanément.

Chez les individus porteurs du chancre, et chez ceux dont les accidents résistent à Hg, l'emploi de l'arsénobenzol s'impose formellement. A la période secondaire, il est également indiqué si l'on se conforme aux principes énoncés, parce que l'on réduit énormément les chances d'accidents quels qu'ils soient. A. pense que les doses moyennes et répétées sont moins efficaces, et au moins aussi dangereuses que toute autre méthode. Il traite le chancre par 2 injections intraveineuses de 0,60 séparées par 9 ou 10 jours d'intervalle ; à la période secondaire, il fait une seule injection de 0,60 qu'il réitère au bout de 10 jours si les accidents n'ont pas disparu.

Il a traité 266 malades sans accidents sérieux. Il a pu retrouver 75 malades guéris depuis plus de 4 mois et moins de 10 mois. 13 porteurs de chancres ont fourni 2 récidives cliniques et un Wassermann positif, 48 porteurs d'ac

cidents secondaires ont présenté 8 récidives cliniques, 9 porteurs d'accidents tardifs ont offert une récidive, 4 cas de lésions anciennes des centres nerveux n'ont pas été modifiés.

Il faut se méfier de l'infériorité neuro-thérapeutique du 606. Ch. Audry.

Un cas de syphilis frambœsiforme (Ein Fall von frambœsiformer Syphilis), par L. Merian. *Monatshefte für praktische Dermatologie,* 1911, t. 52, p. 557.

Homme de 31 ans, infecté 10 ans auparavant, présentant en divers points du corps (région occipitale, sous-claviculaire, anti-brachiale, crurale, etc.) des ulcérations circulaires fortement végétantes ressemblant tout à fait à la frambœsie des tropiques.

Spirochètes sur les coupes du derme. Guérison par le Salvarsan.

Cette variété de syphilide est très rare et à peine signalée. Ch. Audry.

Technique du Salvarsan.

La saignée préventive dans la pratique des injections intra-veineuses de Salvarsan (La sangria previa en la práctica de las injecciones intravenosas de Salvarsan), par Sanchez del Val. *Actas Dermo-Sifiliográficas,* IIIe année, n° 3, p. 337, février-mars 1911.

La modification de la tension vasculaire constitue le principal danger des injections intra-veineuses. On y obviera en laissant couler une certaine quantité de sang avant d'injecter le liquide. Cette quantité variera de la moitié au tiers de la solution de Salvarsan à injecter. La saignée préventive évite les phénomènes subjectifs pénibles pendant l'injection, diminue les dangers qu'elle entraîne, la réaction consécutive, réduit le nombre des contre-indications de ce mode de traitement qu'on pourra alors appliquer aux malades légèrement tarés au point de vue vasculaire. Elle n'est jamais contre indiquée. J. Méneau.

Administration rectale du Salvarsan (Rectalmethode in der Salvarsantherapie), par Bogrow. *Berliner klinische Wochenschrift,* 1912, n° 3, p. 108.

B. recommande les suppositoires contenant une émulsion huileuse, additionnée de novocaïne et de beurre de cacao, et de 0,1 à 0,2 de Salvarsan; on en met un tous les 2-3 jours, jusqu'à une dose totale de 0,6 à 0,8. L'amélioration clinique est perceptible dès le 3-4e jour. Ch. Audry.

Les accidents du Salvarsan.

Deux cas remarquables d'altération oculaire après le Salvarsan (Zwei bemerkenswerte Augenerkrankungen nach Salvarsan), par C. Cohen. *Berliner klinische Wochenschrift,* 1911, n° 49, p. 2201.

Reissert a signalé des cas de névrite optique imputables à l'action du Salvarsan. C. en publie 2 observations ; il croit à leur nature toxique (et non de neuro-récidive syphilitique) en s'appuyant sur l'état du champ visuel (scotome central bleuâtre). Ch. Audry.

Un cas de thrombose à distance après injection intra-veineuse de Salvarsan (Fall von Thrombose à distance nach intravenoser Salvarsan-Injektion), par O. Clingenstein. *Dermatologische Zeitschrift,* 1911, t. 18, p. 1050.

Une fille de 22 ans, porteuse d'accidents syphilitiques secondaires reçoit

le 11 février 0,30 de Salvarsan en injection intra-veineuse dans la veine médiane. Suite normale ; 4 jours après, quelques douleurs dans la cuisse droite. Le 9e jour, les douleurs sont devenues plus violentes.

La cuisse présente sur la face externe une zone d'œdème circonscrit ; apyrexie. Les phénomènes d'inflammation locale et des douleurs vont en croissant. 12 jours après l'injection : anesthésie et incision qui conduit dans un large abcès intra-musculaire. Pus stérile. La plaie subit une évolution très lente, très torpide, en raison de l'état nécrotique des tissus avoisinants. Guérison en 4 mois. On n'a pas fait de cultures anaérobies.

Ch. Audry.

Sur l'origine de la fièvre du Salvarsan (Zur Kritik der Ansichten über die Entstehung der Salvarsanfiebers), par L. Arzt et W. Kerl. *Wiener klinische Wochenschrift,* 1911, n° 48, p. 1663.

On explique la fièvre provoquée par l'injection de Salvarsan tantôt par la destruction du spirochète et la libération de leur endotoxine (Neïsser), tantôt par l'hypertonie de la solution saline (Marschalko), tantôt par l'impureté du sérum (Wechselmann).

A. et K. ont observé que parmi les malades qui ont présenté de la fièvre lors d'une première injection, un seul en a eu lors de la réinjection ; l'apyrexie a subsisté chez ceux qui n'avaient point eu de fièvre lors du premier traitement.

Aucune des explications proposées ne paraît vraiment exacte ; le rôle de la température de l'injection n'en a pas davantage. Ch. Audry.

Salvarsan et fièvre (Salvarsan und Fieber), par G. Stümpke. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1912, n° 4, p. 159.

Il est extrêmement rare que l'injection intraveineuse d'eau distillée pure provoque de l'hyperthermie. Une solution de Salvarsan dans la même eau distillée donne souvent de la fièvre ; c'est donc bien ce dernier qui cause cette fièvre, et cette fièvre est bien probablement due aux endotoxines mises en liberté par la première injection, car, d'habitude, elle ne se reproduit pas lors d'une injection itérative.

Mais une injection d'eau salée stérile, sans autre médicament, peut donner de l'hyperthermie. De ce chef, mieux vaudrait injecter le Salvarsan en solution dans l'eau distillée. Ch. Audry.

Sur les neuro-récidives après le Salvarsan (Ueber die Neuro-Recidive nach Salvarsan), par W. Dösseker. *Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte,* 1912, n° 2, p. 33 et n° 3, p. 88.

D. donne 13 observations de neuro-récidives observées sur 457 malades traités par Jadassohn. Sans entrer dans le détail de ces cas qui sont sensiblement conformes aux autres connus (labyrinthite, paralysie de l'acoustique, névrite optique, paralysie faciale, etc.), je me borne à noter que 2 de ces malades seulement ont reçu un traitement mercuriel en même temps que le Salvarsan. D. considère comme très possible que l'adjonction de Hg au Salvarsan diminuera considérablement le nombre des neuro-récidives. Ch. Audry.

Hémiplégie mortelle après injection de Salvarsan, dans un cas

de gomme de la moelle épinière (Tödliche Hemiplegie nach Salvarsaneinspritzung bei Gumma des Rückenmarkes), par A. HOFFMANN. *Münchener medizinische Wochenschrift,* 1912, n° 4, p. 192.

Un homme de 42 ans, infecté depuis 5 ans et demi, présente une paralysie de la jambe gauche, puis de la jambe droite avec des soubresauts, puis de l'anesthésie de la moitié inférieure du corps, des troubles de l'urination, de la lymphocytose céphalo-rachidienne, etc. : diagnostic myélite transverse ; comme à diverses reprises le malade avait fait des cures mercurielles et iodurées sans échapper à des récidives, on recourut au Salvarsan : 0,60 en injection intraveineuse. Hyperthermie, frissons, accélération du pouls, etc. L'injection fut faite à 5 heures du soir ; le lendemain matin paralysie du facial inférieur gauche et du bras correspondant. Stupeur ; le malade ne parle pas. Diagnostic : apoplexie sur le faisceau pyramidal. Mort le quatrième jour.

A l'autopsie : ramollissement au niveau de la capsule interne droite. Gomme au niveau de la région dorsale de la moelle ; artérite cérébrale syphilitique, etc.

Il est vraisemblable qu'une réaction au niveau des parois artérielles malades a été la cause de ce ramollissement. Ch. AUDRY.

Histologie et Salvarsan.

Recherches sur la clinique et l'histopathologie de la réaction cutanée locale consécutive au Salvarsan (Beitrag zur Klinik und Histopathologie der lokalen Salvarsan-Hautreaktion), par W. FRIEBOES. *Dermatologische Zeitschrift,* 1911, t. 18, p. 1043.

Les recherches de F. confirment d'une manière générale les résultats énoncés par Pinkus, quand celui-ci a étudié la réaction cutanée dite d'Herxheimer. F. conclut que la réaction locale autour des efflorescences est déterminée par le Salvarsan non pas seulement plus énergiquement et plus souvent que par le mercure, mais aussi plus rapidement. Histologiquement, il se produit non seulement de l'œdème et de la dilatation des vaisseaux, mais encore un afflux chimiotactique de leucocytes polynucléaires neutrophiles.

Ces derniers s'accumulent dans la lumière des petites veines superficielles de la peau, en même temps qu'on voit se manifester dans les cellules endothéliales des parois de ces vaisseaux de la tuméfaction et de la division nucléaire. Ch. AUDRY.

Contribution à l'étude de l'action du Salvarsan sur les infiltrats syphilitiques (Ein Beitrag zur Kenntnis der Salvarsaneinwirkung auf die syphilitischen Infiltrate), par KRZYZSTALOWICZ. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 110, p. 447.

K. a examiné des chancres ou des papules syphilitiques au cours du traitement par le Salvarsan. Généralement, les éléments étaient excisés de 2 à 7 jours après une injection intramusculaire; une seule fois une injection intraveineuse avait été exécutée 5 jours auparavant.

Dans les cas de chancre ou de papules secondaires, la destruction des cellules de l'infiltrat est évidente, surtout dans les plasmazellen ; le cyto-

plasme de ces dernières prend mal les colorants ; les contours cellulaires sont irréguliers ; le cytoplasme s'émiette autour des noyaux bien conservés.

Ce sont surtout des phénomènes d'atrophie des plasmazellen ; ces derniers étaient particulièrement accusés sur la papule excisée après l'injection intraveineuse.

Il est certain que l'infiltrat spécifique est rapidement attaqué et résorbé, aussitôt après l'injection, sans qu'on puisse dire si le médicament agit sur le microbe ou sur les cellules pathologiques. Ch. Audry.

Recherche du Salvarsan dans le sang.

Le Salvarsan dans le sang après injection intra-veineuse (Salvarsan im Blute bei intravenöser Injektion), par J. Abelin. *Münchener medizinische Wochenschrift,* 1912, nº 2, p. 81.

A. a recherché si, après injection intraveineuse, le Salvarsan se trouve dans le sang comme tel, ou sous forme d'un corps voisin, mais différent.

La recherche s'opère dans le sérum du sang.

Une minute après l'injection, le sang présente la réaction caractéristique du Salvarsan ; on la trouve encore au bout d'une heure ; elle devient douteuse après une heure et demie.

Sa décomposition n'est donc pas immédiate. Ch. Audry.

Le Gérant : Pierre Auger.

CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT.



TRAVAUX ORIGINAUX

MYCÉTOME A GRAINS NOIRS OBSERVÉ EN ALGÉRIE ISOLEMENT DU MADURELLA MYCETOMI

Par le Dr **J. Brault,**

Professeur de clinique des maladies des pays chauds et des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine d'Alger.

Dans diverses communications à la Société de chirurgie (1), j'ai résumé l'histoire de la première mycose à grains noirs observée en Algérie; je tiens à en donner ici une étude plus complète.

Tout d'abord au point de vue clinique, l'affection se présentait sous une forme un peu particulière, les lésions n'atteignaient que les parties molles, mais elles n'étaient pourtant pas des lésions de surface, en outre, malgré l'ancienneté du processus, il n'y avait aucune diffusion.

Le mycétome était constitué par une sorte de kyste à contenu hémato-puriforme allant de la peau dorsale à la peau plantaire, dans la région située immédiatement en arrière du créneau séparant le 1er du 2e orteil du pied gauche. Voici du reste l'observation :

Observation. — Le jeune X..., de race arabe, âgé de 15 ans, n'a jamais quitté l'Algérie, il est natif d'Orléansville et n'a quitté cette localité qu'il y a six mois, pour venir dans une école indigène à Alger.

Il entre à la clinique, salle Hardy, n° 20, le 25 mars 1911; nous le trouvons porteur d'une tumeur liquide siégeant sur le dos du pied gauche, en arrière de l'interstice séparant le 1er du 2e orteil; la tumeur a le volume d'une grosse noix, le dôme en est très aminci, prêt à éclater, *mais la tumeur est encore vierge de toute ouverture.* Elle remonte loin cependant d'après l'interrogatoire du malade qui est intelligent et qui nous apprend qu'il est porteur d'une petite tumeur de la grosseur d'une bille depuis l'âge de sept ans; cela fait donc par conséquent huit ans qu'il est possesseur de cette petite infirmité. A l'époque où la grosseur a commencé à apparaître, il habitait la campagne tout près d'Orléansville et courait le plus souvent pieds nus.

Jusqu'en ces derniers temps, la chose ne le gênait pas beaucoup, c'est en effet seulement depuis 4 mois que la grosseur a surtout progressé pour en arriver au point où elle en est aujourd'hui (2).

(1) *Bulletins et mémoires de la société de chirurgie,* séance du 12 avril, du 14 juin 1911 et du 28 février 1812.

(2) Par ailleurs, notre jeune malade ne présente rien d'anormal ; il a seulement un peu de paludisme dans ses antécédents.

A travers la mince couche cornée qui forme une partie du couvercle de la poche, on ne perçoit pas la teinte jaunâtre du pus, il semble que le contenu soit plutôt de couleur hématique. On ne remarque aucun phénomène réactionnel sensible, il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire. Des prises aseptiques furent faites, puis la tumeur fut largement ouverte.

Le liquide hémato-puriforme contenu dans la poche renfermait des grains noirs et des débris brunâtres. Les grains noirs étaient durs, parfois arrondis, un peu irréguliers, présentant des aspérités à leur surface, cassants, ils variaient de la grosseur de la tête d'une petite épingle à celle d'un gros grain de blé (les moyens ont environ 1 et demi à 2 millimètres de diamètre), les plus gros s'effritaient parfois et semblaient peut-être composés d'une sorte d'agglomérat de grains plus petits. De plus la tumeur kystique était tapissée d'une doublure intérieure épaisse, molle, brunâtre, qui s'enlevait facilement à la curette et qui fut prélevée pour examen (1).

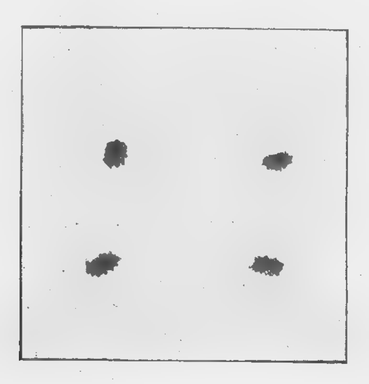


Fig. 1. — Un grain avec ses aspérités vu sous divers aspects, grandeur naturelle.

Je donne ici un dessin reproduisant un grain, grandeur naturelle (fig. 1).

A la suite de l'ouverture large, de la résection des bords amincis (2) de la poche kystique et de deux curettages, des applications de teinture d'iode et de nitrate d'argent ont été faites avec ténacité ; malgré cela, les lésions ont mis plusieurs mois à se cicatriser (3).

A l'examen microscopique, le liquide de la poche présentait des globules rouges, des cellules blanches où dominaient les polynucléaires, on y rencontrait aussi des débris très nets du champignon.

(1) A la suite de ses manœuvres la poche saigna abondamment ; les parties molles seules étaient en jeu, malgré la profondeur des lésions aucun os n'était dénudé.

(2) Ces tissus ont été également fixés et examinés au microscope.

(3) Le malade n'a pas pu supporter l'iodure de potassium que nous avions essayé.

Examinés au microscope, ces grains qui paraissaient très noirs en bloc à l'œil nu, étaient plutôt bruns, une fois dissociés, ou débités dans les coupes (1). On voyait qu'ils étaient formés par un feutrage de mycélium segmenté trapu, comportant de grosses chlamydospores intercalaires de 7 à 12 μ de diamètre. Notre figure n° 2 montre justement le champignon dans un de ces grains dissocié dans de la potasse.

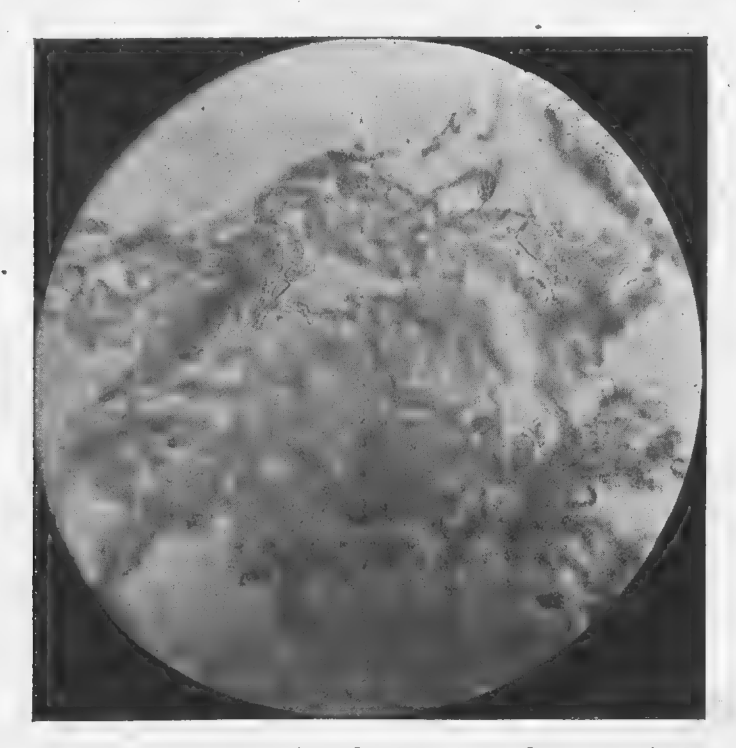


Fig. 2. — Photographie microscopique du champignon dans un grain dissocié par la potasse.

Pour le moment, je n'insiste pas davantage sur la constitution des grains que nous allons retrouver en parlant des coupes des tissus.

Les coupes pratiquées, soit dans le couvercle de la poche, soit dans les tissus périphériques de cette dernière, nous ont montré les lésions suivantes (2).

Au milieu d'un tissu à mailles lâches, très enflammé, très vascularisé, infiltré de cellules blanches, on trouve les grains noirs, de volume et de forme un peu variables. Le centre du grain est plus ou moins

(1) Car nous avons fait des coupes de grains isolés après inclusion dans la paraffine.

(2) Dans les coupes du couvercle l'épiderme aminci est réduit en certains points à la couche cornée ; dans d'autres points, toutes les couches sont respectées, le derme sous-jacent présente les mêmes lésions qu'on retrouve dans les tissus périphériques de la poche, toutefois avec une certaine aggravation.

raréfié, le mycélium circonscrit des espaces vides, ce mycélium parfois très net présente des segments longs de 5 à 10 μ et dont le diamètre transversal est de 3 μ. Au pourtour de la formation parasitaire, on observe une frange dentelée de petits prolongements, qui donnent un peu l'illusion d'être très légèrement renflés, mais on ne trouve pas de différence sensible avec le mycélium, au point de vue des mensurations; en tout cas, il ne saurait en rien être question de massues. Les parties périphériques du grain se colorent mieux que le reste (Voir fig. 3).



Fig. 3. — Photographie microscopique d'un grain dans une coupe, on voit l'extrémité d'un autre grain voisin.

A l'entour des grains dans les cavités où ils sont enchâssés, tantôt on ne voit aucune interposition de cellules entre le grain et les tissus voisins; tantôt au contraire, on observe quelques minces bandes de cellules : polynucléaires, mononucléaires de diverses tailles (grands, moyens) et des lymphocytes.

En dehors des grains, dans les tissus, on rencontre des parcelles aberrantes du champignon, filaments de mycélium et corps arrondis de volume variable, ces derniers sont tantôt extra-cellulaires, tantôt intra-cellulaires; les plus gros ont jusqu'à 13 μ, les plus petits 1 μ 3.

Pas plus dans ces coupes que dans l'examen du liquide hémato-puriforme, nous n'avons trouvé aucun autre micro-organisme et nos

cultures, dont nous allons dire quelques mots maintenant, sont toujours restées pures.

J'ai obtenu des cultures, soit avec les grains, soit avec le liquide hémato-puriforme de la poche.

A l'étuve, les cultures ont eu un développement plus rapide. Néanmoins nous avons très facilement cultivé le champignon en dehors de l'étuve et je tiens même à insister sur le point suivant, c'est que j'ai obtenu d'emblée des cultures avec les grains à moins de 20°.

Les cultures qui avaient mis 3 ou 4 jours pour bien s'affirmer au



Fig. 4. — Photographie microscopique : portion du grain plus grossie.

début, sont devenues plus rapides dans les repiquages, bientôt nous avons eu un développement fort net au bout de 24 heures.

Nous avons réussi des repiquages au bout d'un, de deux et même trois mois. Le champignon reste très vivace, nous l'entretenons déjà depuis plus d'un an dans notre laboratoire.

De nombreux milieux ont été ensemencés avec succès, bouillon ordinaire, bouillon d'alfa, de crin végétal, géloses diverses, pomme de terre, carotte simple ou glycérinée. Sur tous ces milieux, les cultures ont été faciles. Sur les milieux liquides, on obtient une grosse touffe, une grosse houppe des plus fines et des plus gracieuses, blanc grisâtre d'abord, elle jaunit et brunit un peu à la longue, le milieu reste clair, la culture tombe au fond.

Sur les milieux solides, au début on a un thalle blanc grisâtre, duveteux, radié autour d'un bouton central, plus tard la culture en gardant son aspect sec et son coloris s'étend beaucoup en surface (Voir plus loin les figures de culture).

Sur la gélose glycérinée glycosée qui se montre un milieu très favorable, le champignon finit par envahir toute la surface du milieu; en vieillissant, la culture jaunit, se ride et le milieu sucré sous-jacent devient couleur caramel dans sa totalité.

Nous avons aussi cultivé le champignon en goutte suspendue, dans du bouillon, afin de bien suivre son développement, nous avons donné par ailleurs la photographie microscopique du parasite, nous n'y revenons pas.

Dans ces cultures, les segments du mycélium mesurent 5 μ de large et varient de 12 à 26 μ comme longueur.

Toutes les inoculations que nous avons faites, soit chez le lapin, le cobaye, la poule, le pigeon de diverses manières, en particulier à l'aide du trocard ou d'échardes très souillées, ont échoué complètement.

A la suite de toutes ces constatations à la Société de chirurgie, mes conclusions au point de vue de l'identification du champignon avaient été les suivantes (1) :

« Les mycétomes à grains noirs de Carter, de Bouffard, de Bovo, n'ont pas été cultivés.

« Parmi ces sortes de mycoses à grains noirs, une seule jusqu'à présent a donné nettement (2) des cultures : c'est l'oospora Tozeuri (Nicolle et Pinoy, 1908, rencontré en Tunisie).

« J'avoue qu'au premier moment, je n'ai pas songé à cet oospora, l'évolution clinique différente, la culture d'emblée des grains à moins de 20°, leur volume, leur forme m'ont éloigné de cette idée.

« Par la suite, M. le Dr Pinoy, auquel j'ai envoyé des préparations des grains et des cultures, a pensé à une variété voisine de l'oospora Tozeuri. Il a bien voulu m'envoyer de ses cultures et j'ai pu faire la comparaison.

« Au point de vue cultural, il y a des différences assez sensibles. Il n'y a qu'à se reporter aux figures que nous donnons plus loin (fig. 5, 6 et 7).

« Les cultures de l'oospora Tozeuri poussent plus vite, sont plus luxuriantes; elles sont blanches, d'aspect un peu pulvérulent, comme farineuses.

« Les nôtres sont plus discrètes, grises, duveteuses, radiées; parfois elles présentent plusieurs cercles concentriques, elles se dissocient mieux que les précédentes. En vieillissant sur gélose glycosée, sur

(1) Voir *Société de chirurgie*, séance du 14 juin 1911.
(2) Je reviendrai plus loin sur le cas de Wright, laissé de côté à dessein.

gélose glycosée glycérinée, nos cultures forment une sorte de membrane couleur amadou qui se plisse, présente des rides analogues à celles du sable sur certaines plages. Il n'en est pas de même pour l'oospora Tozeuri sur les mêmes milieux.

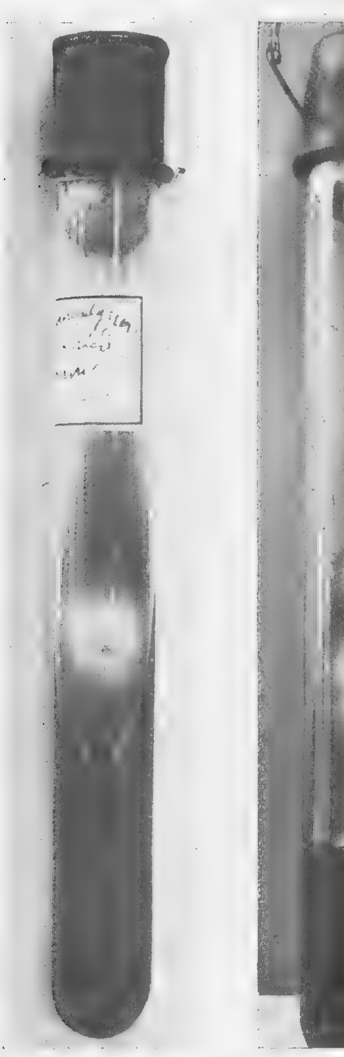


Fig. 5. — Culture du champignon trouvé en Algérie.



Fig. 6. — Même parasite que dans la figure 5. Culture plus avancée.

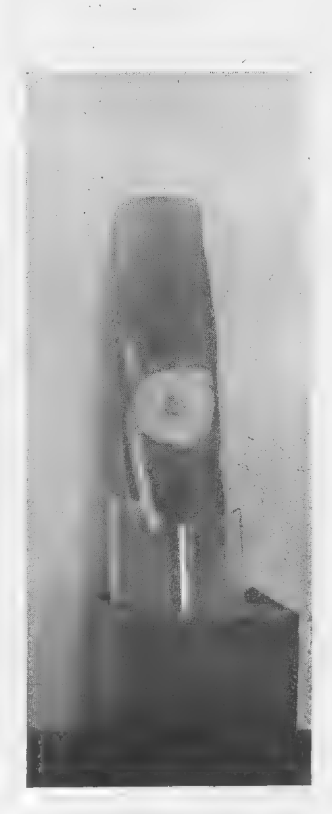


Fig. 7. — Culture d'oospora Tozeuri.

« Au point de vue microscopique, en goutte suspendue, les deux champignons se ressemblent beaucoup ; cependant le nôtre pousse moins vite et a des filaments moins grêles d'une façon générale, il en est de même sur carotte ; en outre sur ce milieu, le micro-organisme que nous avons rencontré est plus coloré en jaune brun. »

Je disais, en outre, que sur les vieilles cultures, sur carotte(1), j'avais observé des formes de « fructifications », rappelant celles des oospora.

Depuis il faut ajouter : l'échec constant et prolongé des inoculations au pigeon(2) qui est au contraire réceptif pour l'oospora Tozeuri et aussi, comme on le verra plus loin dans la note de M. Pinoy, la formation de nombreux sclérotes noirs, dans la variété algérienne(3).

Dans mes conclusions à la société de chirurgie que je viens d'exposer, il m'a échappé un mot impropre : « fructifications » analogues à celles des oospora.

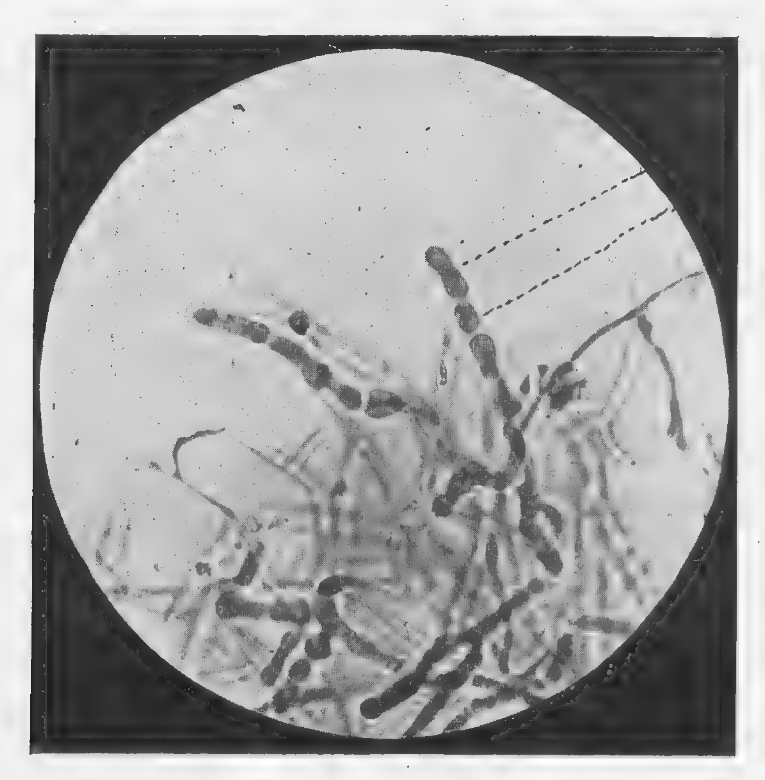


Fig. 8. — Formation des oïdies.

A proprement parler il ne s'agit pas de fructifications, il ne s'agit pas même de spores, ainsi que les patientes recherches de M. le Dr Pinoy l'ont démontré, voici une photographie qui lui appartient et qui montre bien qu'il s'agit d'oïdies formées par étranglement binaire du mycelium fragmenté, un filament mycélien commence par se fragmenter

(1) Il s'agissait de coupes de vieilles cultures incluses dans la paraffine.
(2) M. Pinoy n'a pas réussi plus que nous.
(3) J'ai déjà signalé ces choses à la *Société de chirurgie*, séance du 28 février 1912, en même temps que je donnais le résumé de la note de M. le Dr Pinoy.

en portions égales, les fragments se divisent ensuite en deux par étranglement médian, voir fig. 8.

En somme, il résultait de cette première identification, que le champignon algérien était une variété d'oospora.

M. le Dr Pinoy qui a bien voulu se livrer avec sa haute compétence à une étude approfondie du parasite que j'avais isolé, est arrivé à d'autres conclusions qui sont exposées dans la note suivante que je donne in extenso.

Note de M. le Dr Pinoy. — Le champignon isolé par M. le Pr Brault est très voisin de celui que nous avons étudié avec Ch. Nicolle sous le nom d'*Oospora Tozeuri.* C'est un champignon à filaments cloisonnés, d'un diamètre de 2 à 8 μ, ne possédant pas d'appareils de fructification. Il ne se reproduit que par morcellement du thalle. Un filament se coupe en articles plus ou moins longs de 5 à 10 μ, qui, par étranglement, se subdivisent chacun en deux oïdies. J'ai pu m'assurer que les petites spores que j'avais décrites dans l'oospora Tozeuri sont des oïdies formées de la même manière. Ces oïdies sont en effet de taille différente suivant le diamètre du filament qui leur a donné naissance. Elles varient ainsi de 2 μ à 5 ou 8 μ. Leur membrane jaunit par le vieillissement. Dans les cultures en goutte pendante on peut observer la formation de chlamydospores à l'extrémité de filaments plus ou moins longs, comparables aux clous faviques.

Les caractères des cultures sont très semblables à ceux des cultures de l'*O. Tozeuri.* On constate le noircissement des milieux sucrés.

En gélose de Sabouraud, il se forme un duvet fin gris blanchâtre, devenant jaunâtre en vieillissant. Ce qui distingue nettement ce parasite de l'*Oospora Tozeuri* dans les milieux de culture, c'est précisément ce qui l'en distingue au point de vue clinique. En effet, de même que dans les lésions humaines, on constate la formation à l'intérieur de la gélose de *sclérotes noirs* parfois très nombreux d'un demi à 1 millimètre de diamètre (fig. 9). La gélose en est comme farcie.

Dans les sclérotes, les articles mycéliens plus ou moins cylindriques, parfois presque sphériques peuvent atteindre jusqu'à 10 μ de diamètre. Ces articles ne renferment généralement qu'un noyau. Quoiqu'ayant poursuivi longtemps l'étude de ce champignon nous n'avons jamais pu observer de fructifications supérieures à l'intérieur des sclérotes. Dans l'*O. Tozeuri,* on n'observe que très rarement à la surface de la gélose des ébauches de sclérotes.

Étant donnée la similitude absolue des grains du mycétome étudié par M. le Pr Brault avec ceux des mycétomes à grains noirs décrits sous le nom de *Madurella mycetomi,* comme nous partageons l'opi-

nion de Vuillemin que le genre oospora, aux limites si mal définies, où ont été confondus des Monilia, des Isaria, des Penicillium, des Trichophytons, des Nocardia (streptothrix) et même des Bactéries, doit disparaître, nous adopterons pour ne pas créer un nom nouveau le nom de Madurella proposé par Brumpt.

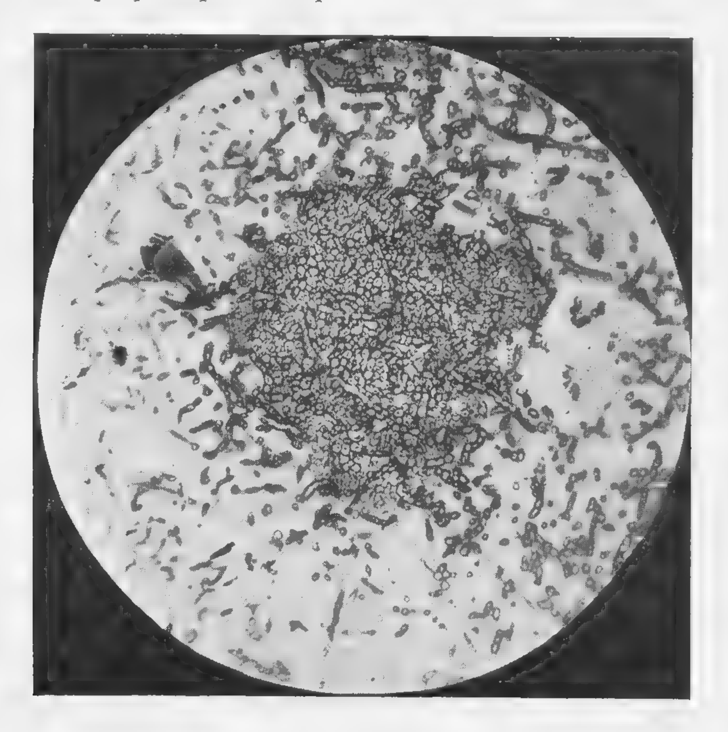


Fig. 9. — Sclérote noir.

Nous aurons donc dans le genre madurella, les deux espèces madurella tozeuri et madurella mycetomi. Parmi les champignons stériles, ce genre madurella sera pour les champignons parasites des animaux, l'analogue du genre rhizoctonia pour les champignons parasites des végétaux.

Nous complèterons les diagnoses de la manière suivante :

Genre madurella (Brumpt). Champignons stériles, à filaments cloisonnés, se reproduisant uniquement par fragmentation du thalle. Les oïdies sont produites secondairement par division en deux des articles des filaments qui se sont fragmentés. Ces champignons produisent chez l'homme des mycétomes à grains noirs. Ils se développent bien à 37°.

Madurella mycetomi. Laveran. — Mycélium blanc grisâtre, jaunissant en vieillissant, noircissant les milieux de culture sucrés. Oïdies de dimensions variables depuis 2 μ jusqu'à 5 μ. Sclérotes noirs stériles, de un demi à 1 millimètre de diamètre, formés à l'intérieur du milieu de

culture, peut envahir chez l'homme le derme, les os, les muscles, le tissu conjonctif; donnant un mycétome à grains noirs ; les grains sont petits, durs, arrondis, plus ou moins verruqueux, de morphologie assez semblable à celle des sclérotes formés dans les cultures. Inoculation aux animaux jusqu'ici négative. *Très répandu en Afrique, isolé par le Dr J. Brault d'un mycétome à grains noirs en Algérie*(1).

Madurella Tozeuri (oospora), Ch. Nicolle et Pinoy. — Mycélium blanc, devenant jaunâtre en vieillissant, amenant le noircissement des milieux de culture sucrés, oïdies généralement petites 2 μ, parfois jusqu'à 5 μ. Assez rarement ébauche de sclérotes sur la surface de milieu de culture. Occasionnant chez l'homme un mycétome où l'on constate des grains noirs de structure amorphe, les grains étant constitués le plus souvent par une boucle mycélienne, renfermant des éléments cellulaires dégénérés, imprégnés du pigment du champignon et de petites masses diffuses uniquement constituées par les filaments du champignon dont la membrane est jaune. *Isolé par Ch. Nicolle d'un mycétome à Tozeur. Inoculation positive chez le pigeon.*

En fin de compte, comme on peut le voir par cette note, l'intérêt capital de ce premier cas de mycétome à grains noirs, rencontré en Algérie, réside dans *l'isolement par la culture*, dès le mois de Mars 1911 (2), du *madurella mycetomi,* isolement qui donne toute sa valeur à cette espèce.

(1) L'observation de Wright aux États-Unis, ne comporte aucun détail botanique, l'identité de ce cas avec le madurella mycetomi n'est pas démontrée (Brumpt). La description de Wright s'éloigne par bien des points de la nôtre, ses cultures sont tout à fait dissemblables.

(2) Ainsi qu'on peut le voir dans le *Bulletin de la Société de chirurgie,* du 12 avril 1911. Depuis cette époque, Chatterjee (*Centralblatt für bacteriologie,* etc., 16 décembre 1911) a cultivé un champignon qu'il range dans la classe des hyphomycètes sans préciser davantage. L'auteur ne donne pas de mensurations, il a fait des cultures sur bouillon, pomme de terre, etc., les caractères qu'il donne diffèrent sensiblement de ce que nous avons observé dans notre cas.

SCLÉRODERMIE EN PLAQUES A FORME MIXTE, LARDACÉE ET TUBÉREUSE, AVEC GUÉRISON PAR LA THYROIDINE.

Par MM.

J. Nicolas,
Professeur de Clinique dermatologique
et syphiligraphique

H. Moutot,
Chef de clinique dermatologique
et syphiligraphique

à la Faculté de Médecine de Lyon.

(Clinique des maladies cutanées et vénériennes de l'Antiquaille.)

Le cas dont nous donnons l'observation détaillée ci-dessous mérite d'être rapporté pour son intérêt clinique et thérapeutique. Il s'agit d'une *sclérodermie en plaques* de variété rare, à forme tubéreuse. Le traitement thyroïdien a amené une amélioration rapide, puis une guérison complète en quatre mois.

Sclérodermie en plaques. — Plaques multiples; coexistence des variétés lardacea et tuberosa. — Traitement thyroïdien : amélioration rapide et guérison complète en 4 mois.

Marguerite B..., 3 ans, est adressée à la consultation de la clinique des maladies cutanées, pour des lésions hypertrophiques, infiltrées du dos des mains, ayant débuté il y a déjà plus de trois mois.

Antécédents héréditaires. — Les parents sont bien portants. Ils ont eu deux enfants avant l'enfant actuelle, et un après. Tous se portent bien. La mère n'est pas nerveuse, elle n'a pas eu de grands chagrins, ni une vie mouvementée pendant la gestation de la fille malade.

Antécédents personnels. — Née à terme, nourrie au sein maternel jusqu'à 16 mois. Ni retard de la marche, ni retard de la dentition. Pas de maladie antérieure.

Début de l'affection actuelle. — Vers fin août, début de septembre 1911, c'est-à-dire il y a 3 mois, la mère a constaté une première lésion unique sur la face antéro-externe de la jambe droite. Dans la suite d'autres plaques sont apparues : la mère ne peut préciser ni leur évolution, ni leur aspect objectif.

Etat actuel. — 24 novembre 1911. — La petite malade présente des lésions multiples avec des aspects différents suivant les points.

Topographie. — Sur la *jambe droite,* à la face antéro-externe, persiste encore la plaque du début. C'est la plus étendue : ovalaire, elle mesure environ 5 centimètres $\times$ 3 centimètres. Au-dessous d'elle se trouve une lésion arrondie de la surface d'une pièce de 2 francs ; sur la face externe de la *cuisse droite* existe une plaque arrondie ; on en note quelques-unes sur les *mollets* de la surface d'une pièce de 50 centimes à 1 franc.

Sur le *dos des mains,* à droite et à gauche symétriquement au niveau des

2es articulations métacarpo-phalangiennes existent des lésions de la surface d'une pièce de 50 centimes. Sur la main droite, on en trouve une au niveau du 3e espace, et une autre sur la 1re articulation métacarpo-phalangienne, sur la main gauche au niveau de la 5e articulation métacarpo-phalangienne et sur le bord cubital du poignet, de la surface d'une pièce de 1 franc, on ne retrouve aucune lésion sur le tronc, sur le cou, sur la face, sur les membres supérieurs, dans le cuir chevelu, sur les lèvres, ni sur la langue.

Aspect objectif. — Il est très différent suivant les points, mais il se ramène à deux types, l'un plan, déprimé, cicatriciel, l'autre surélevé.

Au niveau de la lésion primitive de la jambe droite, la lésion est constituée par une plaque ovalaire, ne faisant aucune saillie, de *teinte blanchâtre,* dans la plus grande partie de sa surface, limitée à la périphérie, par un *liséré* coloré, *érythémateux violacé.* La surface de cette plaque est lisse, sans squames, sans l'aspect plicaturé, chagriné de la peau normale. A la palpation, il est impossible de plisser la peau à ce niveau, elle est infiltrée, *lardacée.* L'induration est profonde, occupant tout le tissu cellulaire et s'étendant jusqu'à la surface du tibia.

L'aspect objectif est tel qu'en présence de cette induration, de l'aspect blanchâtre, lisse, de la périphérie colorée en violet (lilac-ring) il ne peut être porté pour cette lésion d'autre diagnostic que celui de *morphee.*

Cet aspect se retrouve sur divers des autres éléments, en particulier sur ceux des mollets.

Au contraire, les lésions du dos des mains, celle de la cuisse droite ont un tout autre aspect. Elles sont *surélevées,* faisant une saillie de 2 à 3 millimètres. Elles sont arrondies, parfaitement limitées surplombant à pic la peau saine. Il n'y a plus à leur périphérie aucune zone colorée pouvant rappeler de près ou de loin le lilac-ring. Leur coloration s'écarte moins de la coloration de la peau voisine qu'au niveau des lésions de la jambe, toutefois il y a une teinte générale plus blanchâtre, plus cireuse. Les lésions ne font pas une saillie uniforme. Leur *surface* est *mamelonnée,* l'on a l'impression que la lésion est constituée par une série de papules. En particulier pour les lésions des mains, il y a comme une sorte de faible dépression centrale, limitée par une bordure qui semble formée d'une couronne de papules juxtaposées. Par la vitropression, l'on affaisse toute la lésion, elle s'exsanguinifie complètement, il ne reste qu'une tache blanchâtre, circuse beaucoup plus lisse que la peau voisine.

A la palpation, au niveau de ces lésions l'on a encore une *infiltration* très marquée, mais il ne s'agit plus d'une induration aussi lardacée, aussi dure, que celle des lésions de la jambe. L'infiltration est plus molle, se laisse pour ainsi dire réduire au doigt, on la sent cependant s'étendre au tissu cellulaire.

L'on ne peut se rendre compte si ces lésions sont le siège de troubles sensitifs.

On ne trouve aucun symptôme d'insuffisance de la glande thyroïde, celle-ci est sentie normale à la palpation.

Traitement général. — Prendre pendant 8 jours consécutifs une 1/2 tablette de *thyroïdine* Byla, 1 fois par jour, les 8 jours suivants 2 fois par jour (soit 7 centigrammes de thyroïdine par jour à ce moment).

Local. — Badigeonnages à l'huile de foie de morue.

8 décembre 1911. — La petite malade a été traitée très régulièrement, la mère a fait prendre la thyroïdine aux doses marquées. Le traitement local a été fait au contraire irrégulièrement. Il y a aujourd'hui une *amélioration* manifeste, surtout nette pour la lésion de la jambe droite qui s'est désinfiltrée, est devenue plus rosée. Comme le pouls est à 152, la thyroïdine est interrompue 8 jours. Le traitement local est supprimé.

29 décembre 1911. — Les lésions surélevées se désinfiltrent, cependant celle du bord cubital du poignet reste peu modifiée. Depuis le 15, la petite malade prend 1 tablette par jour.

19 janvier 1912. — Le traitement a été suivi trois semaines. Depuis 15 jours elle ne prend aucun médicament. *L'amélioration* est *des plus marquée* tant pour la grande plaque de la jambe qui est presque complètement guérie que pour les lésions tubéreuses qui se sont affaissées.

La petite malade est remise à 1 tablette par jour pendant 15 jours.

16 février 1912. — Une nouvelle petite plaque est apparue sur le dos du pied droit. Traitement : 1 tablette par jour pendant 15 jours.

15 mars 1912. — Depuis le début de mars, la malade est au repos de traitement. On redonne le traitement thyroïdien à la dose de 2 tablettes par jour (14 centigrammes de thyroïdine Byla).

Il y a actuellement une *guérison complète* de tous les éléments, seul le lilac-ring de la lésion de la jambe persiste encore.

19 avril 1912. — La guérison est absolument complète, aucune trace ne persiste des lésions anciennes, aucune n'est nouvellement apparue. Il est conseillé à titre préventif un traitement thyroïdien par cures espacées. Le traitement thyroïdien a très bien été toléré.

Il s'agit là d'un cas indiscutable de sclérodermie en plaques. Les caractères si typiques de certains éléments, l'infiltration très accusée, la surface blanchâtre, lisse, le lilac-ring très net de la périphérie, ne peuvent même permettre de discuter un autre diagnostic. C'est l'aspect pathognomonique de la *sclérodermie en plaque à forme lardacée.*

Mais, cette observation présente cependant un véritable intérêt clinique. Car, à côté de ces précédentes lésions, il en coexiste d'autres toutes différentes d'aspect. Elles ne présentent plus trace de lilac-ring ; les plaques ne sont plus planes ou affaissées, à surface lisse, elles sont au contraire surélevées, en saillie de plusieurs millimètres, mamelonnées, constituées par une série de tubérosités ; elles n'ont plus d'infiltration ligneuse en profondeur, elles sont plutôt molles ; leur coloration s'éloigne peu de celle de la peau voisine, un peu plus cireuse seulement. C'est là un aspect objectif qui mérite d'être connu : si, en effet, ces lésions surélevées et mamelonnées, bien différentes des plaques ordinaires de morphée, sont aisément rattachées à la sclérodermie dans les cas de lésions mixtes, elles peuvent rendre le diagnostic des plus difficiles lorsqu'elles existent seules. Elles caractérisent la *sclérodermie en plaque à forme tubéreuse,* variété rare, dont peu d'obser-

vations ont été publiées, cependant dont il est fait mention dans les classiques (Thibierge, article de la Pratique dermatologique, Brocq, Darier, etc.).

Le cas présente un intérêt thérapeutique plus grand encore. L'on est en droit, en effet, semble-t-il, de rapporter la guérison au traitement thyroïdien. L'affection évoluant déjà depuis plus de trois mois, sans aucune tendance à la régression, s'améliore très rapidement, puis guérit complètement, après l'administration de la thyroïdine.

Tout d'abord, l'on peut éliminer l'action du traitement local (applications d'huile de foie de morue). Les badigeonnages n'ont été faits que les 15 premiers jours, et irrégulièrement. Jamais les auteurs qui les ont préconisés n'ont publié d'amélioration vraie aussi marquée et aussi rapide.

La guérison n'a pas été non plus le fait de l'évolution spontanée de l'affection. En effet, les plaques de sclérodermie, même avec les divers traitements locaux et généraux jusqu'ici conseillés, demandent toujours des mois et souvent des années pour disparaître complètement. D'autre part, dans notre observation, l'amélioration s'est manifestée d'une façon nette immédiatement après le début du traitement thyroïdien. Il n'y a pas là une simple coïncidence.

Il nous avait paru bon d'expérimenter dans ce cas l'opothérapie thyroïdienne, malgré l'absence de tout symptôme d'insuffisance thyroïdienne, et la constatation d'une glande normale à la palpation, en raison d'arguments théoriques et pratiques.

La pathogénie thyroïdienne de la sclérodermie semble devoir être à l'heure actuelle discutée à juste titre pour un certain nombre d'observations, elle est basée sur des arguments d'assez grande valeur : existence de lésions du corps thyroïde, antérieures, ou concomitantes ; — association fréquente de la sclérodermie avec des syndromes thyroïdiens, ou des maladies admises comme d'origine thyroïdienne ; — points d'analogie avec le myxœdème, etc. — action bienfaisante du traitement thyroïdien.

D'autre part, l'expérience nous avait appris à l'occasion d'autres cas que les traitements locaux ou généraux jusqu'ici usités n'avaient qu'une bien faible valeur thérapeutique. Quelques auteurs avaient publié, dans des cas, il est vrai, surtout de sclérodermie généralisée ou de sclérodactylie, des améliorations rapides, et parfois même des guérisons par l'opothérapie thyroïdienne. Nous avons voulu apprécier cette action dans la sclérodermie en plaque.

Vu le jeune âge de notre malade, nous avons été très prudents dans l'administration du traitement thyroïdien. La préparation délivrée par le service des hôpitaux étant la thyroïdine Byla, nous avons prescrit 3 cgr. 5 de thyroïdine par jour les 8 premiers jours, 1 demi-tablette, et 7 centigrammes les 8 jours suivants. Avec une période de repos de

traitement de 8 jours, entre chaque cure, nous avons encore ordonné la thyroïdine à 7 centigrammes par jour pendant 15, 21, 15 jours, et à 14 centigrammes pendant 15 jours. En somme, la malade a pris des doses de thyroïdine qui ont varié de 3 cgr. 5 à 14 centigrammes par jour, elle a pris en totalité 6 gr. 50 de thyroïdine en 4 mois. Ce traitement a été parfaitement supporté sans aucune manifestation d'intolérance, ni perte de poids, ni diarrhée, ni insomnie. La tachycardie observée parfois était due à l'émotivité de la petite malade.

Il paraît logique d'attribuer à l'action de la thyroïdine l'amélioration rapide et la disparition des lésions. Peut-être, d'ailleurs, tout autre mode d'administration de l'opothérapie thyroïdienne eût-il, à doses convenables, donné une semblable guérison.

Cette action curative, réelle, du traitement thyroïdien en ce cas de sclérodermie en plaque méritait d'être rapportée. Les faits analogues publiés jusqu'ici sont des plus rares, nous n'en connaissons qu'un seul, mentionné dans un travail très documenté de M. Roques (1). Cet auteur, colligeant les observations de sclérodermie avec traitement opothérapique, ne rapporte que 10 observations de sclérodermie en plaque avec traitement thyroïdien (ce sont les cas de Stieglitz, Gayet, Eddowes, Lafond, Spiegler, Sachs, L. Weber, Boulloche, White). Les résultats ont été : 1 guérison, 10 pour 100 ; 6 améliorations, 60 pour 100 ; 3 insuccès, 30 pour 100. Nous n'avons pu retrouver de nouvelle observation de guérison. Dans un cas de MM De Beurmann et A. Vernes (2), forme mixte avec plaques circonscrites et larges zones diffuses, il y eut simplement amélioration par le traitement thyroïdien.

En conclusion, l'observation que nous venons de rapporter mérite de retenir l'attention pour son intérêt clinique et thérapeutique :

— C'est un type de sclérodermie en plaque à forme tubéreuse, variété rare.

— La thyroïdine en a nettement influencé l'évolution et amené la guérison.

(1) E. Roques, Le traitement opothérapique de la sclérodermie. *Annales de dermatologie et syphiligraphie,* 1910, p. 384. Y voir bibliographie des cas cités.

(2) De Beurmann et Vernes, Nouvelle présentation d'un cas de sclérodermie à extension centrifuge, ayant subi le traitement thyroïdien. *Bulletin de la Société de dermatologie et syphiligraphie,* 4 nov. 1909.

A PROPOS D'UN CAS DE LEUCOPLASIE PÉNIENNE (KRAUROSIS)

Par le Dr **Pellier**, ancien chef de clinique.

(Travail de la Clinique de Dermatologie et de Syphiligraphie de l'Université de Toulouse [Pr Audry]).

Dans son excellente étude sur le kraurosis vulvæ, Jayle a bien mis en évidence ce fait que tel cas décrit par l'un comme leucoplasie vulvaire serait aux yeux de tel autre un cas typique de maladie de Breisky.

En effet, selon le point de vue où se place l'observateur, les relations entre ces deux lésions prennent un aspect bien différent. Cependant, à s'en tenir à l'étymologie, rien ne paraît plus simple que de mettre à part deux types morbides que leur définition nous présente d'une part comme un processus acanthosique et hyperkératosique, d'autre part comme une altération atrophiante. Puis il est des cas dont l'observation clinique montre la coexistence d'une atrophie très nette des organes génitaux et de plaques blanchâtres, plus ou moins verruqueuses. Dès lors, celui qui tend à voir dans le kraurosis et la leucoplasie vulvaires deux entités distinctes est obligé, comme Jayle, d'admettre des cas mixtes : « le kraurosis s'associe fréquemment à la leucoplasie, la précède, l'accompagne ou la suit ».

S'agit-il vraiment là d'une simple association? Nombre d'auteurs estiment, avec Perrin, que leucoplasie et kraurosis ne sont que deux moments d'une même altération cutanée. L'histologie s'unit à l'examen clinique pour montrer la coexistence fréquente de deux ordres de phénomènes. N'est-il pas logique d'admettre que les deux processus découlent l'un de l'autre, l'atrophie étant l'aboutissant ultime de la leucokératose.

Les lésions peuvent-elles se développer dans l'ordre inverse et la leucoplasie peut-elle se greffer sur le kraurosis ? Jayle l'admet en se basant sur une observation qui n'est pas absolument probante. Mais je ne veux pas discuter ce point qui m'entraînerait trop loin de mon sujet.

Les mêmes divergences d'opinion se sont reproduites au sujet des lésions analogues observées chez l'homme et le plus souvent décrites comme leucoplasies péniennes. Sans avoir la prétention de faire un historique complet de cette question, on peut dire qu'un grand nombre de ces observations justifient soit pas l'aspect clinique, soit histologi-

quement, le terme de leucokératose. Telles sont celles de Gründahl, Brandweiner, Mazza, Kraus, Pflanz, Bohac, Heller. La transformation épithéliomateuse est quelquefois signalée.

La dénomination de kraurosis a été plus rarement employée. Heller fait remarquer à juste titre combien il est plus difficile d'affirmer ce symptôme sur l'organe génital mâle que chez la femme. L'atrophie peut cependant se manifester de façon très nette. C'est ainsi que Galewski, sur 6 observations, a constaté quatre fois une sténose du méat ne permettant plus l'introduction que de très fines bougies. Dans l'observation qui m'a entraîné à cette courte étude, le même symptôme se retrouve avec moins d'intensité, mais très net cependant. Delbanco a publié en 1908 trois cas de lésions atrésiques du pénis dont les lésions histopathologiques lui ont paru d'une identité absolue avec celles qu'il avait observées dans le kraurosis vulvaire. Il considère ce type morbide comme devant être rangé du côté des kraurosis plutôt que parmi les leucoplasies.

Le cas de leucoplasie pénienne décrit par Fuchs constitue un exemple de ces cas mixtes fréquents dans l'étude de la maladie de Breisky. Cliniquement le terme de leucokératose le définit parfaitement, tandis qu'au point de vue microscopique on y retrouve à côté de lésions d'acanthose et d'hyperkératose les signes d'une évolution de ce processus vers une atrophie très marquée.

Voici l'observation que nous avons recueillie dans le service du Pr Audry :

X..., 35 ans, menuisier, sans antécédents personnels ni héréditaires, n'avait jamais rien remarqué d'anormal sur ses organes génitaux lorsqu'il y a deux ans se produisit une fente sur le côté droit du filet ; cette fente aboutit bientôt à une rupture totale. Depuis le malade ne peut décalotter qu'avec effort, production de fissures sur la limite cutanée du prépuce ; il ne reste d'ailleurs décalotté qu'au prix d'une sensation de striction, peu douloureuse.

Etat actuel. — Le gland présente dans son ensemble une coloration blanchâtre plus accentuée par places. Un anneau de coloration rouge jaunâtre, parsemé de télangiectasies, entoure la partie moyenne du gland et est seulement atténué au milieu de la face antérieure en un point qui semble de cicatrisation récente ; au-dessus et au-dessous de ce point se distinguent des zones beaucoup plus blanches que le reste du tégument. La partie rouge de l'anneau est érodée et légèrement suintante par endroits ; ailleurs elle est recouverte d'un épiderme très mince. Si l'on saisit le gland en appuyant d'une part sur le méat, d'autre part sur un des côtés de la couronne, le gland se plie facilement au niveau de l'anneau rouge qui l'encercle.

Le méat est réduit à une fente de 4 à 5 millimètres de longueur. Il se laisse difficilement entr'ouvrir et donne issue à une sérosité assez abondante

dont l'examen microscopique et ultra-microscopique n'a donné lieu à aucune constatation digne d'intérêt.

Le gland est légèrement asymétrique et semble avoir subi une rétraction marquée au niveau des lésions érythémateuses ci-dessus.

Lorsque le prépuce est retiré en arrière, le bourrelet ainsi formé a perdu complètement son aspect normal. La surface nettement blanche, sans un repli, est parsemée de taches d'un rouge vif, recouvertes d'un épiderme très mince et parfois érodées. En quelques points ces lésions en voie évidente de cicatrisation présentent une teinte jaunâtre.

Le filet est entièrement disparu et à peine si on en distingue quelques vestiges dans une zone blanche un peu épaissie.

Le malade a été circoncis avec anesthésie locale (novocaïne-suprarénine) ; la cicatrisation a été normale. Il convient cependant de signaler que la collerette de 3 à 4 millimètres de large, laissée autour du sillon balano-préputial dans le but de permettre la suture par agrafes, montrait sur sa section des signes d'une altération dermique (œdème). Au cours de la cicatrisation, cette collerette s'est presque entièrement résorbée de telle façon que la peau du fourreau vient affleurer la couronne du gland ; le sillon balano-préputial n'est plus perceptible.

Revu au bout d'un mois, le gland présente le même aspect : toutefois l'anneau rouge est diminué dans ses dimensions et sur son bord supérieur à droite est bordé d'une sorte de bourrelet franchement blanc.

Le diagnostic de leucoplasie était dicté par la coloration blanchâtre, de la surface interne du prépuce et par les placards de même teinte observés sur le gland. Mais la déformation marquée de ce dernier organe, et surtout la disparition à peu près complète du filet, jointes à l'absence de toute trace macroscopique de prolifération épidermique, permettaient de se demander si, en pareil cas, le terme de kraurosis ne conviendrait pas mieux au diagnostic clinique.

Les surfaces rouges, érosives ou ulcéreuses, disséminées sur le gland et le prépuce étaient de nature à soulever quelques hypothèses. Jayle décrit plusieurs types de kraurosis vulvaires inflammatoires : forme simple, forme vasculaire de Lawson Tait, forme folliculaire ; il semble que la « vascular degeneration » de Lawson Tait soit celle qui par son allure se rapproche le mieux de notre cas. S'agit-il là de lésions primitives ou d'infections secondaires ? C'est un point que les observations précisent mal et sur lequel notre malade ne pouvait nous fixer exactement.

Il était également permis de se demander si l'on ne se trouvait pas en présence de formes larvées d'une épithéliomatose, complication toujours possible des lésions leucoplasiques. Ces épithéliomas ne sont parfois diagnostiqués exactement que par l'examen microscopique. Sarraute en a publié un cas et, à ce propos, signale qu'Hutchinson a insisté sur les formes complètement latentes. Dans un travail récent, Queyrat a décrit sous le nom d'érythroplasie du gland, des lésions consistant en placards d'un rouge plus ou moins sombre et dont il a pu vérifier en quelques cas l'évolution épithéliomateuse.

Un certain nombre de fragments prélevés au cours de la circoncision ont été soumis à l'examen histologique.

L'épiderme se présente sous 3 aspects différents : il est tantôt à peu près normal, tantôt atrophié ; il manque ou est très fortement érodé sur les points correspondant aux placards érythémateux.

Un caractère commun à la totalité du revêtement épithélial est l'absence à peu près absolue de pigmentation.

Dans les points où l'épiderme a conservé une structure voisine de la normale on constate néanmoins un léger effacement des reliefs papillaires, et un œdème tantôt limité à une simple dissociation de la couche basale, tantôt occupant la moitié inférieure du corps muqueux. Le stratum granulosum est peu marqué ; pas de parakératose.

Ailleurs l'épiderme, du type cicatriciel, est absolument planiforme et réduit à un très petit nombre de couches malpighiennes. En quelques points le corps muqueux est absent ou ne se trouve que par îlots isolés. On se rend compte qu'il a été dissocié par une violente réaction inflammatoire qui a abouti soit à une simple érosion, soit à une ulcération véritable.

La partie du derme correspondant à la couche papillaire est le siège d'un œdème intense. Le tissu élastique est très sensiblement altéré, mais cependant à un moindre degré que ne l'ont observé certains auteurs. Parfois cet œdème arrive à la formation de logettes sous-épidermiques, véritables décollements dermo-épidermiques, que sillonnent de fines fibrilles conjonctives et contenant quelques cellules mononucléées. Il est fréquent d'observer à peu de distance de la couche basale des cellules surchargées de pigment et quelques mastzellen.

La partie supérieure du derme est œdématiée ; elle montre une très faible réaction des cellules fixes. A la partie moyenne, au contraire, se trouve un infiltrat en nappe s'étendant parallèlement à la surface épidermique, composé surtout de plasmazellen et de cellules épithéloïdes. De cette zone se détachent vers la profondeur quelques traînées périvasculaires.

Une des caractéristiques de la lésion — elle a été ailleurs souvent signalée — est une ectasie très marquée de tout le réseau vasculaire et des fentes lymphatiques.

Au-dessous des surfaces érosives et ulcéreuses l'aspect des lésions est modifié par une infiltration plus abondante qui a envahi les couches supérieures du tissu dermique et détruit le revêtement épithélial déjà atrophié. Il s'agit donc d'une infection secondaire favorisée par l'atrophie épidermique.

En résumé, l'ensemble des altérations histologiques paraît caractérisé par un processus d'inflammation chronique aboutissant à une atrophie. Ce terme ultime est-il précédé d'un stade acanthosique? Rien ne nous permet de l'affirmer, mais il serait non moins téméraire de le nier, en présence des nombreuses observations où se note la coexistence de ces deux lésions. Il est d'ailleurs permis de penser que l'atrophie peut, en certains cas, être la conséquence immédiate des lésions inflammatoires du derme.

La comparaison des lésions péniennes et vulvaires a, tout à la fois, embrouillé et éclairci la question. Il est évident que l'étude des symptômes est plus facile chez la femme ; c'est très probablement à ce fait

qu'il faut attribuer le grand nombre de cas mixtes observés. Chez l'homme, la majorité des cas entrent plus nettement dans l'un ou l'autre type.

Si l'examen clinique peut nous entraîner à classer certaines de ces altérations parmi les kraurosis et d'autres parmi les leucoplasies, cette différence ne mérite pas d'être poussée plus loin.

BIBLIOGRAPHIE

Bohac, Ueber Leukoplakie und Kraurosis der Schleimhaut und der Haut. Sur la leucoplasie et le kraurosis des muqueuses et de la peau. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 105, p. 179.

Fuchs, Zur Kenntniss der Leukoplakia penis. Sur la leucoplasie pénienne. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1908, t. 91, p. 91.

Heller, Leucoplacia praeputii. Leucoplasie du prépuce. *Dermatologische Zeitschrift,* 1911, t. 18, p. 666.

Jayle, Le kraurosis vulvæ. *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale,* 1906, t. 10, p. 633.

Galewsky, Ueber Leukokeratosis (kraurosis) glandi et præputii. Sur la leucokératose du gland et du prépuce. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1910, t. 100, p. 163.

Pflanz, Ueber idiopathische Schleimhautleukoplakien mit besonderer Berücksichtigung der Leucoplacia penis. Sur les leucoplasies idiopathiques des muqueuses et particulièrement la leucoplasie pénienne. *Dermatologische Zeitschrift,* 1909, t. 16, p. 619 et 710.

Sarraute, Epitheliomatose latente du pénis. Généralisation. *Journal des maladies cutanées et syphilitiques,* 1899, t. 11, p. 456.

Queyrat, Erythroplasie du gland. *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie,* 1911, n° 8, p. 378.

VII[e] CONGRÈS INTERNATIONAL DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE. — ROME, 8-13 AVRIL 1912.

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS

Finger (Vienne), rapporteur. — Contrairement à la conception ancienne il semble que la virulence du virus syphilitique est sensiblement constante ; les variations apparentes tiennent à des modifications de terrain. On s'explique ainsi l'échec des tentatives de vaccination par des virus atténués.

Il n'est pas d'organisme humain dont tous les organes soient simultanément au même degré de réceptivité ou de non-réceptivité. Cette réceptivité peut dépendre de la masse de virus inoculé, ce qui explique qu'une inoculation locale puisse réussir là où un virus apporté par voie sanguine se trouve en face d'une immunité apparente.

Parmi les organes sensibles à ce virus, les uns peuvent réagir par des manifestations locales ; d'autres ne réagissent pas. Dans une troisième catégorie, il semble que le virus soit rapidement détruit. Mais les degrés de réceptivité peuvent varier pour un même organe, soit sous l'action de causes diverses (irritation, inflammation), soit sous l'effet du traitement.

Les organismes présentent trois types différents quant à leur réceptivité : le type des singes inférieurs, le type des singes anthropoïdes, le type humain.

Au contraire de la syphilis héréditaire qui, au moins dans les cas graves, représente une véritable septicémie à spirochètes, la syphilis est une maladie des organes au cours de laquelle le sang ne transporte le virus que rarement ou passagèrement.

Le transport du virus de l'accident infectant par les voies sanguines et lymphatiques semble demander un temps différent chez l'homme et chez l'animal. Il est apporté rapidement par les lymphatiques aux ganglions ; en revanche il n'est pas prouvé que le passage direct dans le sang se produise. Apporté aux organes par la circulation, le virus y produit des manifestations secondaires si ces organes sont réceptifs.

Le premier exanthème est toujours hématogène. Les récidives locales sont dues à des restes de virus et se distinguent par des

caractères spéciaux (groupement, formes circinées, syphilides corymbiformes).

Les syphilis malignes se distinguent par le caractère des efflorescences, l'absence de périodes de latence entre des récidives d'origine hématogène.

Il faut abandonner la vieille notion de l'immunité du syphilitique. Les efforts de l'organisme dans ce but arrivent seulement à une modification de la réaction, sans qu'il y ait de différence entre un virus étranger et celui du malade.

Pendant la première et la seconde incubation, les inoculations donnent à peu de chose près des chancres typiques. A la période secondaire on obtient des papules et chez les syphilitiques tertiaires de véritables gommes : ces accidents doivent être considérés comme des superinfections.

Il y a aussi des réinfections certaines, au cours de la syphilis acquise comme de la syphilis héréditaire.

Il existe sans nul doute des guérisons spontanées de la syphilis.

Le traitement, qui doit être chronique-intermittent, n'agit pas comme parasiticide direct; le produit se transforme en parasiticide ou bien agit en modifiant la réceptivité du terrain. Ainsi peut s'expliquer la persistance du virus en des points qui ont été soumis à un traitement énergique local et les récidives prouveraient que la modification du terrain n'a pas supprimé entièrement sa réceptivité.

Nous ne possédons aucune méthode qui permette de guérir la syphilis d'un seul coup, en une seule cure.

La recherche du spirochète et la réaction de W. ont agi favorablement sur le traitement. Surtout lorsque se trouve en présence de chancres encore insuffisamment caractérisés une cure énergique et préventive, avec excision, de l'accident est indiquée. On peut alors soit par le Salvarsan, soit par le mercure, arriver, quoique rarement, à écarter tout symptôme ultérieur et à maintenir le W. négatif. A défaut de ce résultat, on retarde l'apparition de l'exanthème et le résultat positif de la réaction sérologique. Les accidents se produisent souvent au bout de 6 mois, peuvent récidiver. La réaction de W. reste positive ou se modifie suivant les alternatives du traitement pour devenir négative après la seconde année.

La réaction de W. sert d'indicateur pour le traitement. Elle indique vraisemblablement la présence de spirochètes, sans nous fixer sur leur rôle pathogénique. Elle est généralement positive en cas de récidive sauf lorsque celles-ci surviennent peu après un traitement, par exemple dans la syphilis maligne. Aux périodes tardives elle devient négative ou bien reste positive et dans ce cas change difficilement de sens. Des récidives se produisent chez des syphilitiques à W. négatif, tandis que des sujets dont le W. reste positif malgré les traitements n'ont pas de

manifestations de syphilis. En principe il faut faire changer de sens une réaction positive, mais dans la pratique ce résultat peut être difficile à obtenir.

Il faut faire des traitements locaux énergiques pour éviter les récidives dues à la persistance *in situ* des parasites. A ce point de vue les frictions sont un bon traitement de la peau, peut-être supérieur aux injections.

On doit se fier à la séro-réaction pour le diagnostic, pour le choix des nourrices. Mais pour l'admission au mariage, il faudra se fier plutôt à l'évolution clinique, à l'âge de la maladie, au traitement suivi et se montrer plus sévère pour la femme que pour l'homme.

Neisser. — Le traitement doit être précoce ; il pourra même être commencé sans diagnostic confirmé.

La syphilis est réinoculable par des méthodes d'inoculation particulièrement énergiques d'un matériel riche en spirochètes ; elle l'est aussi dans les premières semaines. La réinoculation ou superinfection se caractérise par une lésion correspondant par sa forme à une transformation spéciale des tissus : elle peut cependant à des périodes tardives simuler un accident primaire.

Il paraît presque impossible de traiter un syphilitique sans l'emploi régulier du séro-diagnostic. Celui-ci montre que nombre de syphilitiques ont été jadis insuffisamment traités.

Les injections sont à ce point de vue supérieures aux frictions et aux cures internes.

Le Salvarsan et le mercure doivent être combinés. Le traitement doit être chronique, cela sans nier qu'une therapia sterilisans magna soit possible et même réalisable. Si au bout d'un an le W. reste négatif, on pourra adoucir le traitement.

Les syphilis latentes tardives à W. positif doivent être traitées : le changement de sens est, sans qu'on en sache la raison, plus difficile à obtenir que dans les cas récents. De là est venue l'idée des méthodes dites de mobilisation du virus.

En résumé, le traitement doit être précoce ; il se composera de grosses doses répétées de 606 qu'on pourra combiner avec l'arsénophénylglycin intramusculaire. On continuera par un traitement régulier à l'huile grise auquel on pourra ajouter l'asurol. Le traitement doit être d'un an au minimum.

Il considère qu'il doit à cette méthode d'avoir vu une seule neurorécidive.

Milian. — L'abortion de la syphilis paraît réalisée dans un grand nombre de cas par la méthode d'Hallopeau. Il en est de même avec le Salvarsan : sur 17 malades syphilitiques primaires il en considère 6 comme vraisemblablement guéris ; encore cette proportion est-elle

sans doute au-dessous de la réalité, car 7 malades n'ont pas été revus, sans doute parce qu'ils vont très bien.

La réaction de W. reste assez longtemps négative (huit mois). Les réinfections sont fréquentes et il en connaît deux cas indubitables. La leucoplasie récente, le tabes récent guérissent.

Les échecs et les neuro-récidives sont dues à l'insuffisance du traitement; on s'en rend compte par l'étude de la lymphocytose du liquide céphalorachidien.

Le mercure doit être associé au Salvarsan.

En cas de réaction de W. négative on devra rechercher la réactivation.

Gaucher ne voudrait pas laisser l'assemblée sous l'impression du rapport de Milian qui ne saurait être considéré comme représentant l'opinion générale en France.

Le 606 est un nouveau médicament, un bon médicament à employer rarement et notamment en cas d'échec de mercure.

La stérilisation n'est pas plus facile à obtenir par ce moyen qu'avec le mercure. On ne saurait en parler au bout d'un an d'expérience, alors que tout le monde connaît le grand nombre de syphilis sans autre accident que le chancre ou à accidents très tardifs. Une réaction de Wassermann négative n'a aucune signification, pas plus que l'absence de tréponèmes ne permet de rejeter l'hypothèse de syphilis.

Il ne faut pas confondre les réinoculations avec des accidents chancriformes, les leucoplasies avec des plaques opalines.

Rien ne permet de croire à une guérison du tabes.

Audry regrette de ne pouvoir confirmer les résultats du traitement par l'hectine, tels que les apporte Hallopeau. Il ne saurait partager l'opinion de Finger sur l'importance du traitement local, ni admettre avec Neisser que l'on ne puisse soigner une syphilis sans s'appuyer sur la réaction de Wassermann; tout au plus peut-on l'utiliser à ce point de vue à la fin des traitements ordinaires. Quant aux conclusions de Milian, il ne peut qu'en rejeter la presque totalité.

Leredde. — Chez tous les tabétiques qu'il a soignés depuis la fin de 1910, a observé la régression du tabes prolongée dans 13 cas, passagère dans un seul. Dans deux cas on peut même parler de guérison.

Breyner et **Lapa** (Lisbonne) ont eu 8 neuro-récidives sur 440 malades sans compter 2 réactions immédiates. Les accidents ont guéri par le mercure ou le Salvarsan à l'exception cependant des paralysies de la deuxième paire.

Nobl (Vienne). — Le diagnostic précoce est en matière de syphilis un diagnostic tardif. Le travail de Gruenfeld, cité par Milian, a été inspiré par lui-même et on n'y voit que 3 où 4 cas ou il puisse être question d'abortion. Ses travaux ont avec ceux d'Ehrmann montré l'invasion rapide des lymphatiques par les spirochètes.

Il a traité 150 cas de chancre dont 105 par voie veineuse suivie de traitement mercuriel : un certain nombre d'entre eux ont présenté des exanthèmes ; d'autres des papules chancriformes du type « solitär sekundäreffect » Enfin un autre groupe resté sans symptômes conserve un Wasserman positif. Au contraire les cas sans symptômes et à Wassermann négatif au bout d'un an, sont si rares qu'il ne peut croire qu'on ait obtenu une modification sensible des effets thérapeutique vis-à-vis des traitements antérieurs.

La stérilisation définitive ne pourra s'obtenir que par l'action du traitement chronique-intermittent de Fournier-Neisser. Le nombre des cas de réinfections si imposant qu'il semble prouve que nous sommes loin de ce but, si on le compare au chiffre de ceux qu'il faudrait pouvoir citer pour faire croire à une véritable extinction de la maladie par le 606. Il a constaté un certain nombre de cas semblables (réindurations, papules chancriformes, accidents hyperplastiques) sans y voir une explication fantastique de l'effet du Salvarsan.

Quant aux brillants résultats obtenus dans le tabes par Leredde, il ne peut que féliciter leur auteur d'avoir, s'il a bien compris, obtenu 100 pour 100 de succès. Mais il ne faut pas oublier les formes abortives, les formes à évolution très lente, les longues rémissions et les variantes qui peuvent pendant plusieurs mois modifier le tableau symptomatique du tabes. Il en est de même des formes frustes et des remissions de la paralysie générale. Les succès thérapeutiques de Leredde portent sans doute sur une heureuse réunion de cas semblables.

Miloslavitch (Vienne). — Les nécroses dues au 606 n'ont pas de tendance à la résorbtion. Dans nombre de cas l'excision a été le seul moyen d'arriver à une guérison rapide.

Dans l'injection intra-musculaire il y a toujours nécrose quel que soit le mode de solution. Une grande partie du produit reste encapsulée et le tissu nécrosé contient constamment de l'arsenic sous une forme différente du Salvarsan, corps fortement réducteur et facilement altérable.

Isaac (Berlin) considère la voie intraveineuse comme dangereuse. Les accidents du 606 sont d'ordre toxique mais comme ils sont rares à la période primaire on peut employer la voie veineuse ou de fortes doses intra-musculaires : aux autres périodes, de petites doses espacées donnent au point de vue clinique et sérologique de très bons résultats. L'émulsion huileuse peut être utilisée dans ce but.

Ravasini (Trieste) a vu du collapsus dans un cas sur 264 après injection intraveineuse ; un malade est mort d'encéphalite syphilitique plusieurs mois après le traitement et six autres ont présenté des neurorécidives qui ont cédé au traitement mercuriel. Deux fois seulement le 606 est arrivé à les guérir.

De Napoli (Bologne) n'a pas constaté d'action nocive sur une centaine de cas traités. Il signale deux cas de convulsions hystéro-épileptiques chez des névropathes, une sciatique, trois paralysies faciales dont l'une avec névralgie et surdité, une paralysie du péronier du côté où avait été faite une injection intramusculaire. Au point de vue de la médecine militaire le 606 a l'avantage de ne pas distraire le soldat du service et de favoriser la prophylaxie.

F. Malinowski (Varsovie) a employé l'injection intraveineuse à la dose de 0,4-05 sur plus de 2000 malades. Il n'a jamais vu le tabes s'arrêter complètement mais a constaté quelques améliorations très nettes chez les paralytiques généraux.

La réaction de W. peut apparaître au bout d'un an chez des sujets n'ayant eu aucun symptôme depuis l'accident initial.

Le 606 devra être employé parallèlement au mercure soit au début de la maladie soit lorsque la réaction de W. indique que la maladie évolue encore. Administré avec précaution il ne paraît pas plus dangereux que les autres médicaments.

Oppenheim (Vienne) a étudié le traitement abortif sur 61 cas de chancres traités soit par le Salvarsan, soit par le mercure, soit par les deux remèdes, avec ou sans excision. Il conclut qu'après un diagnostic précoce les meilleurs résultats sont obtenus par l'excision suivie d'injection de Salvarsan et ensuite d'un traitement mercuriel.

Les résultats de la combinaison du Salvarsan et du mercure ne sont pas favorables. Les travaux d'Ehrlich et de ses élèves, les cas de Neugebauer plaident en faveur d'une nocivité de cette méthode lorsque les spirochètes sont très abondants.

Rosenthal (Berlin) considère que la voie intra-veineuse doit être seule adoptée mais elle est impraticable chez le nouveau-né. Les nombreuses neuro-récidives observées après l'emploi du Salvarsan ne peuvent s'expliquer que par une action de ce médicament, ayant pour effet de sensibiliser l'organisme à certains produits.

Le 606 ne donne pas de résultat dans le tabes et la leucoplasie. Il doit être considéré comme un adjuvant du mercure.

De Mello Breyner (Lisbonne) n'a pas eu de bons résultats avec les injections huileuses. Il a dû plusieurs fois interrompre l'injection intraveineuse, le malade présentant de la congestion de la face, de la

dyspnée. La fréquence des paralysies faciales est quelque peu surprenante. Néanmoins l'arsénobenzol lui a donné d'excellents résultats et bien manié, ne doit pas être considéré comme dangereux.

Marschalko (Kolozvar) rapporte l'observation d'un syphilitique sans accidents, avec W. + qui succomba dans le coma et les crises épileptiformes cinq jours après une injection de 0,50. L'autopsie montra des hémorragies punctiformes du cerveau, et au niveau du corps calleux, des lobes temporaux, des hémorragies plus considérables avec destruction de la substance. L'histologie mettant en évidence de la stase, des thromboses hyalines, des hémorragies mais aucune trace d'inflammation : ce sont des lésions d'ordre toxique.

Étudiant l'action du 606 sur le lapin il a constaté que la dosis tolerata fixée par Hata est trop élevée et tue la moitié des animaux. Les lésions correspondent à celle de l'observation qu'il a citée.

Une autre série d'expériences montre que l'emploi d'une eau distillée très microbienne élève à peine la toxicité du Salvarsan.

La dose moyenne doit être plutôt 0,005 par kilogramme que 0,01.

Descovitch (Fiume) a traité 114 malades. Il a vu une fois des troubles spasmodiques d'origine spinale qui ont cédé au mercure.

Oppenheim (Vienne). — Il existe une forme de récidives après traitement par le 606, ne consistant pas en efflorences isolées mais en un exanthème dont les caractères rappellent l'érythème polymorphe ou l'érythème noueux : localisation au front et aux surfaces d'extension, vive rougeur inflammatoire, efflorescences fermes et parfois douloureuses à la pression. Il les a déjà rencontrées après des traitements mercuriels énergiques. Ces récidives génératrices doivent être en relation avec une modification de l'organisme consécutive au traitement.

Ehlers (Copenhague) a été quelque peu déçu par le nouveau remède. Il ne peut comprendre pourquoi il faut associer le mercure et le 606 ; auquel des deux se fie-t-on ?

Il a tenté d'augmenter les doses initiales du traitement mercuriel et par degrés (3, 4 et 5 centigrammes) est arrivé à injecter 11 centigrammes de benzoate comme première dose. Il fait suivre cette injection de frictions mercurielles. Les chancres cicatrisent dès le cinquième jour. On observe une forte réaction d'Herxheimer.

Hoffmann (Bonn) n'a jamais observé de cas de mort mais il a vu au cours de l'injection des troubles congestifs et respiratoires d'origine méningée.

Il fait de 3 à 6 injections entremêlées d'une longue cure d'injections insolubles. Le W. reste longtemps négatif ; l'absence d'accidents est prolongée. On obtient ainsi mieux que par l'emploi d'un seul de ces

deux procédés mais il n'est pas certain qu'il s'agisse d'abortions puisque les accidents peuvent apparaître au bout de plus d'un an et parce qu'il faut tenir compte de l'évolution normale de la syphilis.

Il est certain que les accidents nerveux sont plus nombreux après le 606 qu'avec le mercure. On peut les diviser en 3 groupes : syphilis cérébrale, méningite tuberculeuse provoquée et encéphalite hémorragique dont Marschalko a montré l'origine toxique.

Photinos (Athènes). — Le traitement par le Salvarsan doit être fait de petites doses répétées (0,30) et des doses plus faibles encore dans le cas de lésions organiques :

Il faut associer à ce traitement le mercure sous forme de préparations insolubles.

La réaction de W. doit être faite dans les services hospitaliers de vénéréologie à tous les malades dans le but de déceler les syphilis ignorées.

Le 606 diminuera le nombre des syphilitiques par son action rapide sur les accidents contagieux.

Truffi (Savone). — La démonstration expérimentale de la syphilis au lapin comme infection locale et générale contribue notablement à l'étude de la thérapeutique de la syphilis en permettant l'essai sur l'animal des préparations antisyphilitiques.

Ces expériences ont confirmé qu'il n'existe aucun moyen d'immuniser l'organisme contre l'infection syphilitique.

Il n'est pas possible, à l'heure actuelle, de se baser sur la syphilis du lapin, pour juger de façon absolue la possibilité d'une cure radicale de la syphilis, ni d'exclure celle d'un traitement énergique, susceptible en quelques cas d'en arrêter le cours.

Burzi (Turin). — Les altérations du cœur et des vaisseaux à la suite de l'emploi de l'arsénobenzol sont généralement de caractère fonctionnel et rapidement transitoires. Mais parfois elles prennent le caractère d'une réaction spécifique sur les lésions liées à l'infection syphilitique.

Sachs (Vienne). — Par le mercure comme par le Salvarsan, on obtient à défaut d'abortions, des syphilis d'une évolution particulièrement bénigne.

Milian (Paris) a essayé comme Ehlers, les doses mercurielles massives. Mais il n'a pu sans intoxication dépasser 3 à 4 centigrammes en injection intraveineuse. Le benzoate est d'ailleurs d'un dosage trop infidèle.

Les neuro-récidives survenant deux mois après le 606 sont des accidents syphilitiques qui peuvent être guéris par l'arsénobenzol.

Les réinfections sont fréquentes et leur différence avec les accidents

chancriformes consiste surtout dans les circonstances qui les entourent (confrontations).

Les leucoplasies qu'il a visées comme guérissables par le 606 sont des leucoplasies récentes.

Il cite un cas de tabes au début, au sixième mois d'une syphilis maligne, qui a été guéri.

Mac Donagh (Londres). — On doit après l'excision et l'injection de 606 faire le W. et le répéter si la réaction reste positive. Il faut y adjoindre le traitement par l'huile grise. Pour amener la réaction à être négative, une à 3 injections sont nécessaires au stade primaire ; à la période secondaire ce résultat demande 3 grammes, à la période tertiaire de 3 à 4 grammes. Encore à ce dernier stade le traitement reste-t-il purement symptomatique.

Dans la syphilis latente, le W. négatif change de sens 48 heures après le Salvarsan et redevient négatif de trois à cinq jours après ; il peut redevenir positif après une seconde injection. On rencontre souvent ce fait chez les femmes saines en apparence et mères d'hérédo-syphilitiques.

Il faut employer des doses moitié moindres en présence d'accidents nerveux.

Le traitement de la syphilis congénitale par le Salvarsan n'est pas satisfaisant.

Scholtz (Königsberg). — Les malades traités par une seule injection de Salvarsan ont, à de très rares exceptions près, présenté des récidives.

Il a obtenu d'excellents résultats par une méthode consistant à faire 2 injections intraveineuses de 0,4 à 0,5 à 2 jours d'intervalle, qu'on répète 4 semaines après ou même une troisième fois. Dans l'intervalle on fait un traitement mercuriel intense (sels insolubles et frictions très étendues).

L'élévation thermique se produisant au bout de 6 à 8 heures provient du dégagement d'endotoxines tandis que l'usage d'eau distillée ancienne donne un frisson au bout de 3 à 4 heures.

Sur 70 syphilitiques primaires ainsi traités, il a observé sept fois seulement des manifestations secondaires et trois fois un W. positif. Sur 155 secondaires il a eu 21 récidives classiques et 15 sérologiques.

Peut-être certaines récidives consécutives à un second traitement par le Salvarsan sont-elles dues à un certain degré d'arséno-résistance due à l'insuffisance du premier traitement.

On peut au lieu d'exciser appliquer sur le chancre du Salvarsan humecté de quelques gouttes de glycérine. Peut être exerce-t-on ainsi une action directe sur les lymphatiques.

Le 606 ne se retrouve plus dans le sérum sanguin au bout de 4 à 6 heures, sans que la dose ait une influence marquée.

Finger cherche à résumer l'ensemble de la discussion.

L'action symptomatique du 606 est unanimement reconnue ; l'accord n'est pas moins unanime sur le fait que la sterilisatio magna n'est pas atteinte.

Il est particulièrement indiqué de l'essayer au début, après un diagnostic précoce mais les accidents surviennent souvent au bout d'un an à un an et demi bien que le W. se maintienne négatif.

La plupart des réinfections publiées ne sont que des papules chancriformes.

La plupart des auteurs sont pour l'emploi simultané du mercure.

Comme inconvénient il faut mettre en tête la fréquence des neurorécidives. Marschalko a prouvé que le Salvarsan peut produire la mort des animaux d'expérience par des effets toxiques. En dehors des intoxications certains de ces accidents peuvent être interprétés comme des syphilis cérébrales provoquées, d'autres comme des méningites tuberculeuses.

On devra donc utiliser le médicament avec prudence et faire examiner les malades au point de vue des yeux et des oreilles.

Il est probable que les doses jusqu'ici usitées sont trop fortes et qu'au lieu de la dose maxima il faut user de la dose efficace minima.

Son emploi ne supprime pas celui du mercure qui devra être employé parallèlement.

Il est difficile d'adopter l'opinion de Neisser, qui veut qu'on soigne une syphilis même sans un diagnostic absolument certain.

(A suivre.)

REVUE DE DERMATOLOGIE

Acrodermatite.

Étude comparée de la dermatitis repens et de l'acrodermatite continue (A comparative study of dermatitis repens and acrodermatitis perstans), par R.-L. Sutton. *Journal of cutaneous diseases,* juin 1911, p. 335.

Trois cas dont deux absolument comparables ; plusieurs des lésions de l'un sont analogues à des lésions de l'autre ; on ne peut les différencier. S. croit pouvoir généraliser et confondre dans un même syndrome, le type de Crocker et les quatre types décrits par Hallopeau sous le nom de dermatitis repens.

L'étiologie serait microbienne et liée à l'existence d'un staphylocoque pyogène spécifique, doré ou blanc. Il ne s'agit vraisemblablement pas de troubles trophiques, ainsi qu'en témoignent le développement de lésions typiques sur la poitrine.

La localisation habituelle, mains et pieds, est fonction des traumatismes et des facilités de ces régions pour s'inoculer. G. Petges.

Actinomycose.

L'actinomycose en Norvège ; étude étiologique, mode d'infection, traitement (Actinomycosis in Norway: studies in the etiology, modes of infection, and treatment), par Frances Harbitz et Nils. B. Grondahl. *American Journal of the medical sciences,* septembre 1911, p. 386.

Le premier cas d'actinomycose observé en Norvège date de 1887 ; depuis on n'a pas fait en ce pays une revue d'ensemble des cas observés. La série étudiée dans ce travail comprend 87 cas, dont 45 pour 100 atteignant le cou et la face, 23 pour 100 le thorax, 30 pour 100 l'abdomen, 3 pour 100 la peau.

Les circonstances étiologiques, les lésions observées sont classiques. Des cultures pures du champignon ont été obtenues par ensemencement sur agar et prélèvement de ces cultures après 3 jours de passage à l'étuve à 37°, de parcelles qui sont ensemencées sur milieux dépourvus d'oxygène : par ces cultures anaérobies « à deux degrés » on obtient de beaux développements.

La pathogénie acceptée est que le champignon vit en saprophyte sur les amygdales, dans les dents cariées, etc., et qu'il ne vient pas directement du dehors.

Le traitement par l'iodure a été employé avec fruit, mais il est discuté, sous le prétexte que l'actinomyces pousse en milieu ioduré, ce qui ne diminue pas le rôle bien démontré de l'iodure.

La méthode des vaccins de Wright a été essayée ; elle a donné des succès inégaux, une mort et une guérison sur deux malades traités. G. Petges.

Adénome sébacé.

Étude comparative de l'épithélioma kystique bénin multiple et de l'adénome sébacé chez le nègre (A differential study of multiple benign cystic epithelioma and adenoma sebaceum in the negro), par L. R. Sutton. *Journal of cutaneous diseases,* septembre 1911, p. 480.

Après une bonne revue générale des études faites au sujet des ressemblances et des différences qui existent entre les trois tumeurs cutanées suivantes, multiples et bénignes, l'épithélioma kystique bénin, l'adénome sébacé, et le lymphangiome tubéreux, S. rapporte deux observations inédites avec examen microscopique. Dans l'une il s'agit d'un épithélioma kystique bénin, dans l'autre d'un adénome sébacé.

La première se différencie par quelques points du lymphangiome tubéreux et rappelle le type décrit par Jarisch avec aussi des caractères du type Brooke-Fordyce.

L'histopathologie des lésions démontre que ces petites tumeurs sont de constitution variable, et difficiles à serrer dans une classe bien définie ; les caractères qui les séparent sont peu nets.

La deuxième est caractérisée par une simple hypertrophie circonscrite des glandes sébacées, sans processus adénomateux véritable, et répond au steatadénome de Unna : il est prudent d'en faire actuellement une seule et même entité clinique. G. Petges.

Angiokératome.

Etude clinique et histopathologique de l'angiokératome du scrotum (A clinical and histopathologic study of angiokeratoma of the scrotum), par R. L. Sutton. *Journal of the American medical association,* juillet 1911, p. 189.

Revue générale avec deux observations inédites d'angiokératome du scrotum, comparables à celles de Fordyce : le premier malade est un colosse de 61 ans, pesant 105 kilogrammes, lithiasique rénal, porteur depuis quelques mois d'une tumeur indéterminée d'une épididyme : il n'a jamais eu d'engelures. La peau de son scrotum paraît amincie, avec les veines anormalement dilatées ; à leur niveau il existe de nombreuses papules, dures, rouges, ovalaires, luisantes, de la dimension d'une graine de moutarde à celle d'une tête d'épingle, grossissant quand on arrête le sang autour d'elle par une constriction circulaire. Chez le second malade, âgé de 64 ans, pesant 104 kilogrammes, atteint de prurit anal, les lésions du scrotum ont été découvertes par hasard ; il est porteur d'un varicocèle double ; il n'a jamais été malade ni atteint d'engelures ; il présente de l'angiokératome de la conjonctive et du scrotum : sur le bord de la cornée, il présente une petite papule, mince, luisante, rouge, à bords nets, grande comme une tête d'épingle ; il n'existe aucun trouble subjectif ; les mains et les pieds sont respectés, ainsi que chez le premier malade.

Le scrotum est flasque, pendant, variqueux ; on note la présence d'un varicocèle double volumineux ; le scrotum est parsemé d'une centaine de petites tumeurs, dures, rouges ; il existe du sang coagulé dans chaque élément.

Des biopsies ont été faites chez les deux malades et les pièces étudiées,

très complètement (les examens ont porté sur une douzaine de lésions biopsées, avec plus de 600 coupes en série ; fixation par le formol et l'alcool, colorants variés ; des coupes de scrotum sain ont été faites par comparaison) ; les résultats obtenus confirment les descriptions classiques de Mibelli, Pringle, Fordyce ; on voit des espaces ovalaires ou réniformes, limités par du tissu conjonctif, remplis de sang ; ces cavités sont situées dans la couche papillaire du derme, rarement dans le corps malpighien ; elles sont parfois divisées par des septa fibreux délicats ; la couche cornée est hyperplasiée, et limite de petites cavités remplies de globules rouges et blancs ; les crêtes interpapillaires sont allongées, les capillaires sont dilatés avec infiltration fibreuse et leucocytique du chorion sus-jacent l'épiderme est épaissi.

Ces cas ne répondent pas exactement à ce que l'on admet généralement comme angiokératome G. PETGES.

Blastomycose.

Un cas mortel de blastomycose (A fatal case of blastomycosis), par F. J. SHEPHERD. *Journal of cutaneous diseases,* novembre 1911, p. 588.

Il s'agit d'un cas de blastomycose généralisée de la peau, des os, du péritoine, des ganglions lymphatiques, des plèvres et des poumons, des reins, d'une capsule surrénale, de la prostate, de l'œsophage.

Le diagnostic fut porté cliniquement, et confirmé par les cultures et l'examen microscopique. Le traitement consista en trois prises d'iodure de potassium de 2 grammes, trois fois par jour, du mois d'août au mois de décembre, époque de la mort du malade.

Les lésions histologiques de divers organes peuvent se résumer ainsi : nécrose des tissus, infiltration cellulaire, cellules géantes, nombreuses sphères encapsulées, extracellulaires ou contenues dans les cellules géantes, sous l'aspect de corps arrondis à bordure finement dessinée, avec membrane d'enveloppe, observées à divers stades de développement; il n'existe pas de mycélium ou de sphères contenant des spores, comme dans la dermatite à coccidies.

Les micro-organismes pathogènes ont cultivé sur milieux sucrés. Les inoculations ont été positives chez des souris. G. PETGES.

Chéloïdes.

Les tendances de l'acide nitrique à produire des chéloïdes ou des cicatrices hypertrophiques (The tendency of nitric acid to produce Keloids or hypertrophic scars), par W. B. TRIMBLE. *Journal of cutaneous diseases,* novembre 1911, p. 572.

On accuse parfois la peau des sujets atteints de chéloïde d'être prédis posée à ce mode de réaction. On a observé aussi très souvent les chéloïdes après application d'acide nitrique. Il est vraisemblable dans ces cas que la susceptibilité personnelle ajoute son action à celle du médicament.

L'acide serait plus nocif pour la peau que pour les muqueuses : il entraîne souvent des chéloïdes après traitement des verrues ou de petites dermatoses insignifiantes.

T. cite un cas de chéloïde des joues, du cou et de la poitrine par brûlure

nitrique à la suite d'un attentat; une belle photographie accompagne ces notes. G. Petges.

Épithéliome.

Épithélioma de la lèvre supérieure sur un nègre pur-sang (Epithelioma of the supper lip in a pure negro), par H.-H. Hazen. *Journal of cutaneous diseases,* juin 1911, p. 321.

De ce cas H. conclut à la plus grande fréquence du cancer chez le blanc que chez le nègre. L'épithéliome est très rare chez ce dernier, aussi bien sur la peau que sur les muqueuses. L'épithéliome de la lèvre supérieure est rare chez le blanc; le cas publié est unique chez le nègre.

Les tumeurs épithéliales sont plus communes chez le vrai nègre que chez le mulâtre, quoique Hyde, après d'autres, pense que le pigment protège la peau contre la dégénérescence épithéliale. G. Petges.

Epithélioma : relevé montrant les facteurs d'irritation habituelle dans sa cause (Epithelioma; a record shouving common factor of irritation as a cause), par J.-A. Honeij. *Boston medical and surgical journal,* 9 novembre 1911, p. 724.

Dans ce travail H. énumère dans un premier tableau les diverses causes d'irritation notées chez 49 malades atteints de cancer; elles sont classiques.

Dans un deuxième tableau il indique l'hérédité homologue de 12 malades et revient encore aux données traditionnelles. G. Petges.

Épithélioma traité par le nitrate acide de mercure (Epithelioma treated with acid nitrate of mercury), par Sherwell. *New-York dermatological society,* 23 mai 1911. *Journal of cutaneous diseases,* novembre 1911, p. 594.

Relation de six cas d'épithéliomas étendus et profonds traités avec un bénéfice certain dans un cas et relatif dans les autres, par un curettage large et une application consécutive de nitrate de mercure. G. Petges.

Traitement de l'épithélioma par le curettage suivi de cautérisation à l'acide chromique et ensuite par l'exposition aux rayons X (The treatment of epithelioma by curetting, followed by cauterization with chronic acid and later, by exposure to X-Rays), par Culver. *Journal of cutaneous diseases,* décembre 1911, p. 649.

Cette méthode consiste à appliquer sur la zone curettée des cristaux purs d'acide chromique après application de cocaïne-adrénaline.

Douleur courte, réaction assez durable.

Les rayons X achèveraient la cure favorablement. G. Petges.

Épithéliome sur lupus vulgaire (Epithelioma on lupus vulgaris), par Lieberthal. *Chicago dermatological society,* 18 janvier 1910. *Journal of cutaneous diseases,* décembre 1911, p. 640.

Lupus datant de la première enfance traité par des moyens variés dont l'excision, avec une récidive chez un malade de 47 ans : dégénérescence épithéliomateuse au niveau du lobule de l'oreille droite.

A propos de ce malade certains prétendent que ces dégénérescences sont

dues à un traitement radiothérapique, fait contredit par l'affirmation que plusieurs malades de ce genre n'ont jamais subi l'action des rayons X.

G. PETGES.

Gale.

L'éosinophilie dans la gale (Eosinophilia in scabies), par J.-A. KOLMER. *Journal of cutaneous diseases,* juin 1911, p. 339.

Étude basée sur dix-huit observations dont K. tire les conclusions suivantes : la gale s'accompagne d'une leucocytose modérée, avec retour à la normale après la guérison. L'éosinophilie est augmentée au point de vue relatif et absolu ; elle est probablement proportionnelle à la gravité et à la durée de l'affection, elle varie avec ses phases et dans le même sens.

G. PETGES.

Généralités.

La diffusion osmotique du contenu des cellules cornées intactes (Die osmotische Auslaugung des Inhaltes intakter Hornzellen), par UNNA et MERIAN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* t. 111, 1912, p. 131.

L'étude chimique des parties composant la couche cornée a besoin, pour se rapprocher encore de la chimie générale, d'arriver à une dissociation qui jusqu'ici s'est heurtée à ce fait que les éléments solubles de la cellule sont englobés dans une membrane de kératine complètement insoluble aux températures ordinaires. U. et M. ont trouvé dans le vernix caséosa un matériel d'étude idéalement préparé.

L'action, même très prolongée, de l'ammoniaque, s'est montrée peu pratique bien qu'elle arrive à une certaine pénétration dans le corps cellulaire et à une diffusion partielle de ses éléments. La soude ne donne qu'une extraction incomplète. La potasse a des concentrations moyennes (5 à 10 pour 100) et le tort de faire éclater les cellules.

Au contraire l'acide chlorhydrique (0,5 pour 100) et surtout l'acide acétique dissolvent bien les albumoses sans attaquer la kératine B ; on laisse agir pendant 72 heures une solution à 10 pour 100.

Cette méthode sans être parfaite montre qu'il est possible à un réactif approprié de pénétrer dans les cellules cornées, d'en dissoudre le contenu et de lui permettre de diffuser à l'intérieur. On ne trouve plus alors que quelques granulations d'albumose en des points de pénétration plus difficile comme les bords cellulaires. La kératine B subit à peu près la même dissolution, mais avec de notables différences.

PELLIER.

Les cercles vicieux dans les maladies cutanées (Vicious circles associated with diseases of the skin), par JAMIESON B. HURRY. *British medical journal,* 30 décembre 1911, p. 1686.

Les cercles vicieux paralysent souvent l'action du dermatologiste, et H. les classe en 4 catégories :

1° Cercles vicieux et troubles inflammatoires : le prurit aggrave l'eczéma, le provoque ; plus l'eczéma s'étend, plus le prurit est sévère. Dans les varices le « circulus viciosus de Kaposi » engendre la stase, la congestion, l'œdème, le prurit ; le grattage accentue ces symptômes : d'où ulcères, eczéma calleux. L'esthiomène est perpétué par l'action réciproque de l'ulcé-

ration et de la lymphangite. Les pyodermites et l'eczéma s'entr'aident. Dans l'urticaire et le prurit les effets s'ajoutent aux causes et l'augmentent comme dans le lichen plan.

Les éruptions iodiques simulent parfois des lésions syphilitiques et sont influencées en mal par les iodures.

Ces exemples montrent la méthode suivie par H. que nous résumerons ainsi :

2° Cercles vicieux et parasites : oxyures, prurit anal, transport des œufs par les doigts à la bouche, etc.

Gale, pédiculose, teignes, impetigo, sycosis ont aussi leur cercle vicieux.

3° Cercles vicieux et nécroses : prurit, prurigo et grattage.

4° Cercles vicieux et poils, ongles, glandes : trichiasis et blépharospasme; calvitie et coiffures ; hypertrichose et épilation ; ongles et infections ; ongles et grattage ; onychogryphose et irritation de la matrice unguéale ; ongle incarné des orteils ; acné et kystes sébacés ; acné et couperose ; séborrhée et neurasthénie ; hyperidrose et nervosisme.

L'étude des cercles vicieux pathologiques est utile, pour les dépister et les combattre. G. PETGES.

Le problème de l'hypersensibilité en dermatologie (Das Uberempfindlichkeitsproblem in der Dermatologie), par R. VOLK. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* t. 109, 1911, p. 163.

Le problème des réactions cutanées à l'application interne ou externe d'un très grand nombre de substances médicamenteuses ou non est resté longtemps stationnaire malgré nombre d'observations. Mais si cet état de choses dépend peut-être du défaut d'application à l'étude de ces faits d'un point de vue identique, nous nous trouvons aujourd'hui grâce à la théorie de l'anaphylaxie, en possession d'une notion nouvelle et nous risquons aussi de tomber dans l'excès contraire.

Wolff Eisner fut le premier à considérer l'urticaire comme une hypersensibilité vis-à-vis d'albumines étrangères. A ce point de vue l'expérience de Bruck est des plus démonstratives (symptômes d'anaphylaxie observés chez un cobaye ayant reçu un injection du sérum d'un sujet ayant de l'urticaire après avoir mangé de la viande de porc). On peut au contraire discuter l'opinion de Wechselmann qui a considéré la dermatite professionnelle des ouvriers manipulant le bois satiné comme un phénomène d'anaphylaxie.

La transmission au cobaye d'un état anaphylactique vis-à-vis d'un médicament au moyen d'injections de sérum humain jouissant de propriétés semblables, a réussi entre les mains de quelques observateurs. Mais comme le même résultat a été obtenu par Klausner pour l'iode avec du sérum d'un sujet n'ayant jamais pris d'iode et par conséquent non sensibilisé il a dû admettre qu'il s'agissait là d'une propriété naturelle du sérum humain, et transmissible au cobaye. Une explication analogue s'applique à l'expérience de Wolfsohn (cobaye rendu anaphylactique à l'iodoforme par injection de sérum d'un basedowien). Si ces hypersensibilités médicamenteuses, transmissibles au cobaye, sont des phénomènes d'anaphylaxie, il faut ad-

mettre qu'elles sont déterminées par des composés albuminoïdes jouissant d'un pouvoir anaphylactogène alors qu'il a été jusqu'ici admis qu'aucun corps chimiquement défini ne possédait semblable propriété.

V. a essayé en vain d'obtenir des symptômes d'anaphylaxie chez le cobaye par injection de sérum de sujets présentant un érythème arsenical ou quinique, ou de provoquer une anaphylaxie active par injections répétées de ces corps. Comme Klausner, il a observé que l'injection de sérum humain normal rend les cobayes particulièrement sensibles à l'injection d'antipyrine. Les résultats de Bruck et de Klausner ont donc contre eux le défaut de spécificité. Bruck a injecté aux animaux d'expérience des doses de médicament trop considérables puisqu'à cette dose les animaux de contrôle ont parfois succombé. Une description plus détaillée que la simple affirmation d' « accidents typiques d'anaphylaxie » est nécessaire pour donner du poids au résultat de semblables expériences.

Il reste encore à faire la preuve de la possibilité d'une anaphylaxie vis-à-vis des médicaments. Mais si Bruck et Klausner n'ont pu donner des preuves suffisantes de l'origine anaphylactique des érythèmes médicamenteux, leurs recherches ont mis en évidence la présence dans le sérum des sujets atteints de ces érythèmes de substances rendant leur injection au cobaye plus nuisible que celle d'un sérum normal. Le seul cas d'anaphylaxie réelle est celui de Bruck (viande de porc et urticaire).

Les idiosyncrasies médicamenteuses n'ont pas plus à voir avec l'anaphylaxie vraie que les accoutumances provoquées avec l'immunité vraie.

On peut se demander à quels troubles fonctionnels doit s'attribuer le phénomène assez rare d'une anaphylaxie créé chez l'homme par voie digestive à l'égard de certaines albumines alors que l'homme est si facile à anaphylactiser par injection. Eppinger et Hess ont montré que les vagotoniques sensibilisés vis-à-vis d'une albumine hétérogène réagissent aux réinjections d'une façon particulièrement intense avec urticaire généralisé. V. examinant douze sujets atteints d'urticaire a retrouvé chez nombre d'entre eux des signes plus ou moins accusés de vagotonie. Chez les urticariens améliorés par le lactate de chaux (Wright) on peut attribuer le passage dans la circulation d'un sérum étranger à un appauvrissement temporaire ou durable des parois vasculaires en sels de chaux. En revanche, il est presque impossible d'expliquer l'action curative du sérum normal chez certains urticariens. Il est des cas d'urticaire qui dépendent certainement d'un trouble fonctionnel des glandes à sécrétion interne. PELLIER.

Granulome annulaire.

Un cas de granulome annulaire (A case of Granuloma annulare), par J.-L. BUNCH. *British journal of dermatology,* novembre 1911, p. 357.

Un enfant de 2 ans et demi présente une éruption bien limitée, circinée, sur le dos du pied droit, depuis 2 à 3 mois ; elle est formée d'éléments fermes, nets, saillants, appréciables au toucher et à la vue, formant par endroits des nodules distincts, bien visibles, unis, doux, luisants.

A côté est une masse nodulaire, irrégulière, du volume d'un pois. L'enfant ne paraît pas souffrir, il n'a pas de prurit.

Cette lésion est exceptionnelle à cet âge, et il est délicat de lui donner

une dénomination précise : B. préfère l'appeler granuloma annulare, plutôt que cellulome annulare, lichen annularis, sarcoïde ou érythémato-sclérose circinée du dos des mains, etc. G. PETGES.

Un cas de granulome annulaire (A case of granuloma annulare), par E.-D. CHIPMAN. *British journal of dermatology,* novembre 1911, p. 349.

L'éruption siège sur l'ourlet des oreilles et le dos des mains, chez un jeune homme de 14 ans ; les lésions des oreilles ont débuté, 3 ans avant, et se sont constituées rapidement ; celles des mains datent de 6 semaines : elles sont formées par des papules larges, régulières, ou des nodules, fermes, pâles, d'aspect cireux, arrondis, groupés en cercle, saillants. Leur évolution est imprécise en raison de leur développement rapide : l'ensemble est constitué par la coalescence des nodules, qui ne forment pas un cercle complet sur les oreilles; ils suivent son bourrelet et ne semblent pas avoir une extension périphérique. Il n'existe pas de sensations anormales, pas de prurit ; pas de lésions du poumon ; quelques gros ganglions lymphatiques cervicaux ; réaction de Wassermann négative ; réaction positive à la tuberculine.

L'examen histologique ne donne pas l'idée d'une lésion d'origine tuberculeuse. G. PETGES.

Ichtyose bulleuse.

Ichtyose bulleuse (Bullous ichthyosis), par Georges PERNET. *British journal of dermatology,* novembre 1911, p. 344.

Une enfant de 4 mois et demi présenta au moment de sa naissance des excoriations superficielles de la peau, et dès le lendemain des bulles qui se sont renouvelées dans la suite ; c'était un sujet chétif qui, au 3e mois, n'avait presque pas augmenté de poids.

Il était couvert, sauf sur les régions palmaires et plantaires de squames grises, fines. Plus tard, les squames prirent un aspect de croûtes molles, peu adhérentes recouvrant une peau rouge et humide. La face était relativement épargnée. Vers le 4e mois ces lésions disparurent dans le cours d'une coqueluche pour reparaître après sa guérison. L'enfant, revu deux ans après, portait quelques bulles récentes sur le genou droit. A noter que la mère présentait aussi une peau sèche, mais peu écailleuse.

P. porta d'abord le diagnostic de « Éruption bulleuse congénitale avec ichtyose surajoutée », puis « d'ichtyose avec bulles ».

Dans une intéressante discussion, très documentée, il étudie la question controversée de certains syndromes voisins, relatifs au pemphigus congénital à tendances cicatrielles de Brocq, de l'ichtyose à poussées bulleuses de Besnier, de l'ichtyose avec éruption pemphigoïde de Düring et de leur analogie avec le syndrome présenté par le malade dont il rapporte la très curieuse observation. G. PETGES.

Leucémies (Manifestations cutanées des).

Les modifications cutanées dans les leucémies et affections analogues (Skin changes in the leukœmices and allied conditions), par H. H. HAZEN. *Journal of cutaneous diseases,* octobre 1911, p. 521.

H. conclut de ses observations personnelles et des travaux antérieurs,

relatés dans une longue revue d'ensemble, qu'il existe un groupe de lymphomatose et de lymphosarcomatose cutanée, comprenant la leucémie, la pseudoleucémie cutanées, le lymphosarcome cutané, la lymphodermie pernicieuse, le mycosis fungoïde, et les lésions cutanées du chloroma et du myélome.

La séro-réaction de Joltrain et Brice, récemment décrite à propos du mycosis, rendra des services pour démêler les parentés de ces syndromes.

La lymphodermie pernicieuse est à la fois fonction de la leucémie cutanée et du mycosis.

Le mycosis fungoïde est une lymphomatose aleucémique et peut tendre vers la leucémie.

Les lésions cutanées de la leucémie sont probablement dues à une infiltration et sont comparables avec les nodules internes de la leucémie myélogène. G. PETGES.

Leucémie macrolymphocytaire à manifestations cutanées (Leucemia macrolinforitaria o leukosarcomatosi con manifestazioni cutanee), par BOSELLI. Estratto dal *Policlinico*. Vol. XVIII-M, 1911.

Un homme de 67 ans, marchand de bœufs, est atteint, quelques mois avant l'examen clinique, de tuméfaction des ganglions sous-maxillaires ; cette tuméfaction augmente, les ganglions des autres régions se prennent et il commence à éprouver une certaine difficulté à respirer. Il est examiné à ce moment et on constate à la région sous-maxillaire des ganglions lisses, réguliers, non douloureux, soit spontanément, soit à la pression : ces mêmes caractères s'observent aux autres régions du corps où se trouvent des ganglions lymphatiques.

De plus, on constate, sur le cuir chevelu et sur le dos, des nodosités hémisphériques, mobiles sur les plans sous-jacents et semblant siéger dans la profondeur du derme, légèrement saillantes, de la couleur de la peau normale, lisses, indolores.

Foie et rate normaux. Examen du sang : 4 325 000 hématies, 24 683 leucocytes ainsi répartis : polynucléaires neutrophiles 28 pour 100, grands lymphocytes 60 pour 100, lymphocytes moyens 8 pour 100, petits 1 pour 100, mononucléaires et forme de passage 2 pour 100, éosinophiles et mastzellen normaux.

Le malade ne tarda pas à mourir de troubles respiratoires : l'autopsie ne put être faite.

Le point intéressant pour la dermatologie, c'est l'existence des nodosités du cuir chevelu.

A l'examen histologique, ces tumeurs se sont montrées formées de tissu de nouvelle formation, ayant les caractères du tissu conjonctif de soutien collagène réticulaire, tel qu'il se trouve dans le tissu adénoïde. On voyait aussi de grosses cellules rondes ayant les caractères de gros lymphocytes et dont les similaires existaient dans le sang du malade. Les figures de karyokinèse étaient extrêmement rares.

B. discute en détail la signification de ces faits et en tire une conclusion en faveur de la thèse soutenue par lui dans un précédent travail intitulé : Lymphodermie et mycosis fongoïde.

« La leucémie lymphatique chronique à gros lymphocytes, dénommée par certains auteurs leukosarcomatose, et qui est considérée par ces auteurs comme une néoplasie maligne, peut présenter à son premier stade des manifestations cutanées ayant la forme de nodules pisiformes élastiques recouverts par une peau normale, ayant la structure du tissu lymphoïde à gros lymphocytes. » H. MINOT.

Lichen plan.

Un cas de lichen plan bulleux (A case of lichen planus bullosus), par J.-W. MILLER. *Journal of cutaneous diseases,* juin 1911, p. 332.

Cas typique de lichen plan bulleux, à propos duquel M. conclut que cette affection peut, rarement, s'accompagner de vésicules et de bulles. Ce cas de M. serait unique dans les mémoires de l'association dermatologique américaine, et les ouvrages d'outre-mer signalent le lichen plan comme une dermatose exclusivement sèche (nos traités signalent ces formes bulleuses bien connues en France).

Les vésicules sont indépendantes du traitement arsenical; M. conclut de l'effet favorable de l'arsenic et du mercure dans cette dermatose, qu'il s'agit d'une maladie provoquée par une spirochète ou un agent pathogène voisin.

Cette conclusion nous paraît particulièrement hasardée en l'absence de tout fait précis confirmatif. G. PETGES.

Lupus érythémateux.

Lupus érythémateux aigu (aigu d'emblée) (Acute lupus erythematosus [aigu d'emblée]), par LESLIE ROBERTS. *British journal of dermatology,* juin 1911.

Cas observé chez une jeune fille de 21 ans, ayant des antécédents héréditaires tuberculeux. Quelques mois après une poussée d'angine phlegmoneuse, elle présenta une éruption des joues, avec des douleurs dans les bras et les jambes. Pas de toux mais crachats hémoptoïques fréquents. L'éruption des joues prend ensuite l'aspect du lupus érythémateux, qui s'étend des joues aux oreilles, aux paupières, à la lèvre supérieure. Des pétéchies, des placards purpuriques se disséminent sur la poitrine, l'abdomen. Des plaques de lupus pernio apparaissent sur la paume des doigts et des mains.

En trois mois la malade meurt avec des phénomènes infectieux fébriles, après avoir présenté de l'albuminurie.

L'autopsie montre l'existence de zones de périhépatite, et de lésions de tuberculose caséeuse ancienne des ganglions mésentériques, avec quelques tubercules récents; pas de tuberculose pulmonaire.

A l'examen microscopique des organes, on constate l'existence de lésions de néphrite parenchymateuse aiguë, avec présence de nombreux cocci prenant le Gram dans les reins, le foie. Par de bacilles de Koch dans les ganglions mésentériques. La peau présente des suffusions sanguines marquées; les vaisseaux sanguins et lymphatiques du chorion sont dilatés, avec infiltration cellulaire périvasculaire, de mononucléaires et de quelques cellules plasmatiques, surtout intense au niveau des lésions ulcérées; le tissu élastique est conservé.

Après avoir rapporté ce cas, R. le compare aux observations classiques bien connues, de Kaposi, Heat, Boeck, Pernet, Jadassohn, etc., et il discute les diverses hypothèses pathogéniques du lupus érythémateux ; il ne croit pas à son origine tuberculeuse; l'association rare du lupus tuberculeux et du lupus érythémateux, l'association fréquente du lupus érythémateux et des tuberculoses viscérales ne seraient que des coïncidences.

Il tire un argument de la répartition géographique différente du lupus érythémateux d'une part et de la tuberculose comme du lupus tuberculeux d'autre part.

Pour R., le lupus érythémateux est le résultat d'une réaction humorale des ganglions lymphatiques enflammés, sans que l'inflammation soit nécessairement tuberculeuse, bien qu'elle le soit souvent.

Malgré son intérêt ce travail ne paraît pas définitif; il établit une hypothèse plus compliquée que celle de l'origine tuberculeuse, sans imposer la conviction. G. PETGES.

Paget (Maladie de).

Un cas de maladie de Paget de l'ombilic guéri par des applications de radium (A case of Paget's disease of the umbilicus cured by the application of the radium), par W.-A. MILLIGON. *Royal society of medicine,* 11 novembre 1911. *British journal of dermatology,* novembre 1911, p. 411.

Cas souligné par deux photographies démonstratives « avant et après », d'un cas de maladie de Paget localisée à l'ombilic, guérie par des applications de radium. Au sujet de ce cas, dont Malcolm Morris a confirmé le diagnostic avant le traitement, Sequeria relate 3 observations de maladies de Paget, dont 2 du sein et 1 du gland, qui furent très améliorées par les Rayons X : mais les cas du sein évoluèrent malgré tout vers le carcinome, celui du gland était accompagné d'un carcinome de l'urètre.

C'est donc un genre de traitement dont nous devons nous méfier.

G. PETGES.

Psoriasis.

Contribution à l'histologie du psoriasis des paumes (Beitrag zur Histologie der Psoriasis der Handflächen), par HASLUND. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* t. 110, 1911, p. 233.

Sur la face palmaire des mains, les altérations histologiques correspondent à l'ensemble des lésions habituelles du psoriasis mais avec des modifications dues à cette localisation. On ne saurait s'en tenir à leur étude pour se faire une idée des lésions au début.

L'infiltration aboutissant aux micro-abcès y est très développée, à tel point qu'elle est parfois restée inaperçue. La desquamation est plus rapide qu'ailleurs; les mitoses nombreuses décèlent une suractivité de l'épithélium tendant à compenser le processus desquamatif dont l'intensité ne permet pas aux exsudats de s'accumuler dans la couche cornée. Il est également possible qu'au stade initial, la solide couche cornée palmaire gêne l'afflux exsudatif.

On rencontre peu d'acanthose mais un œdème intense du corps muqueux. PELLIER.

Teignes et mycoses.

Trichomycose jaune, noire et rouge de la région axillaire (Trichomycosis flava, nigra and rubra of the axillary regions), par Aldo CASTELLANI. *British journal of dermatology*, novembre 1911, p. 341.

C. a souvent observé dans le climat chaud et humide de Ceylan une affection de l'aisselle, rappelant la « Trichomycosis Palmellina de Pick » des zones tempérées, mais s'en différenciant par l'absence de nodules durs.

Cette trichomycose est caractérisée par la présence de formations molles, adhérentes aux poils de l'aisselle, visibles à l'œil nu, faciles à détacher avec une aiguille ; ces formations sont de couleur jaune, noire, ou rarement rouge. Le même sujet peut être porteur de deux variétés, sur la même aisselle, ou bien présenter l'une de ces variétés d'un côté, l'autre du côté opposé ; les trois variétés n'ont pas été observées en même temps sur le même individu.

Au microscope on voit des masses arrondies, encerclant le poil ; elles sont constituées par des amas considérables de corps bacillaires dans les variétés jaune, et noire : mais dans celle-ci il existe en outre des cocci, ainsi que dans la rouge.

Les corps bacillaires sont parfois ramifiés et rappellent un streptothrix ou un microsporon : ils prennent le Gram.

En cultures les cocci seuls ont poussé, contrairement aux bacilles ; il s'agit vraisemblablement de cultures du micrococcus nigrescens et du M. ruber de Trommsdorff ou M. rubicus d'Hefferan. G. PETGES.

L'achorion violaceum, un nouveau parasite du favus (Das Achorion violaceum, ein bisher unbekannter Favuspilz), par BRUNO-BLOCH. *Dermatologische Zeitschrift,* septembre 1911, p. 815.

Le champignon découvert par B. détermine sur les parties glabres des placards soit trichophytoïdes soit faviformes (godets) soit combinant ces deux aspects. B. l'a trouvé dans quatre cas. Bien différencié par sa coloration il se rapproche au point de vue mycologique des achorions de Quincke et de Bodin plutôt de l'A. Schoenlein.

Dans un de ses cas, B. a pu se rendre compte que la maladie avait pour point de départ certain la présence du même achorion dans des lésions faviques des souris dont était infesté le logis du malade. PELLIER.

Expérimentation et cultures des achorions de Schœnlein et de Quincke (Kulturelle und experimentelle Untersuchungen über Achorion Schönleini und Achorion Quinckeanum), par TOMASCZEWSKI. *Dermatologische Zeitschrift,* t. 18, oct. 1911, p. 887.

L'achorion de Schœnlein pousse lentement, même à l'étuve ; son aspect est cireux et cérébriforme. Il est peu avide d'oxygène mais réclame des milieux azotés. Le parasite de Quincke croît rapidement à la température de la chambre ; la culture est très duveteuse et ses besoins en azote ou en oxygène sont inverses de ceux de l'A. Schœnleini.

L'inoculation au moyen de cultures de ces deux champignons est presque toujours négative chez le rat ; elle l'est toujours sur les souris grises ou blanches. On a des résultats positifs chez le lapin, le chat, le chien et la

poule ; les lésions déterminées par l'A. Quinckeanum sont plus intenses et plus durables, mais cette différence est trop faible et trop irrégulière pour permettre un diagnostic différentiel.

Le cobaye réagit vis-à-vis des deux parasites de façon bien différente ; l'A. Quincke produit au bout de 7 à 9 jours des lésions abondantes auxquelles succède une immunité cutanée qui semble durable ; l'A. Sch. ne donne que de très rares godets. PELLIER.

Teigne eczématoïde des extrémités et de l'aine (Eczematoid ringworm of the extremities and groin), par A. WHITFIELD. *British journal of dermatology*, décembre 1911, p. 375.

Travail très intéressant dans lequel W. insiste sur l'histoire et la description des teignes des doigts, des mains, des orteils, des pieds et des plis inguinaux, simulant l'eczéma avec lequel on les a confondues si longtemps. On peut observer ces épidermophyties sous trois types principaux : une forme aiguë vésiculobulleuse, une forme chronique intertrigineuse des orteils, et une forme chronique hyperkératosique des paumes et des plantes. Le diagnostic est à peu près impossible sans le microscope dans la première forme, vésiculobulleuse ; elle se produit rapidement en 30 heures, 48 heures, avec toutes les apparences cliniques d'un eczéma aigu vésiculeux, ou d'une poussée de dyshidrose ; dans quelques cas elle est provoquée par un champignon ectothrix.

La seconde forme, intertrigineuse, est chronique après une phase aiguë rapide ; elle est très rebelle au traitement : elle se présente sous l'aspect d'un placard épithélial situé entre les orteils, avec un rebord net et une fine vésiculation du pli dorsal de la peau interphalangienne ; à la face plantaire l'éruption s'étend autour de la racine des orteils pour se terminer en ligne irrégulière vers la tête des métatarsiens. La zone périphérique est écailleuse, en desquamation ; les squames contiennent des champignons.

La troisième forme, type hyperkératosique, est celle que Moukhtar a décrite ; elle donne l'aspect d'une véritable carapace de la paume et de la plante.

Le diagnostic est fonction de l'examen microscopique et de la découverte du parasite (par la potasse et coloration au bleu de méthylène), ce n'est pas toujours aisé ; des cultures seront également faites avec fruit.

Le traitement de ces épidermophyties se heurte à une infection très tenace : la pommade suivante paraît particulièrement active (huile de noix de coco, 80 ; paraffine molle, 20 ; acide benzoïque, 5 ; acide salicylique, 3) ; on pourra aussi utiliser une mixture avec 5 grammes de chrysarobine dissoute dans parties égales de chloroforme et d'alcool, mélangés à 30 grammes d'acétone environ. G. PETGES.

Mycoses des ongles des doigts (Fungus infections of the finger-Nails), par CRANSTON LOW. *Edinburgh medical journal*, février 1911, p. 121.

C. L. a observé en trois années 19 cas de lésions mycosiques unguéales. Il les décrit en trois catégories : 1. Teigne, 2. favus, 3. infection par champignon indéterminé.

16 de ces cas, sur 19, étaient dus à un trichophyton ; 14 d'entre eux ont

été observés chez des femmes, 2 seulement chez des hommes. Pas de particularité en fonction des âges, 11 ans à 58 ans. Origine indéterminée, sauf dans quelques rares cas où la contagion a été précisée. Durée variable, quelques semaines à sept années. Extension à plusieurs doigts fréquente.

Diagnostic aisé grâce à l'aspect: bord libre de l'ongle fendillé, cassé ; ongle blanc-jaunâtre, brun, noirâtre, non uniformément coloré, mais divisé en zones de couleur variable. L'infection semble débuter par le dessus du bord libre, qui est comme miné, décollé, de couleur foncée, mou, friable, écailleux ; à la suite est une zone jaune clair, striée de lignes sombres ; plus loin une troisième zone jaune foncé, relativement lisse, tendant à se fendiller ; là, l'infection débute à peine.

L'examen microscopique fait après action de la potasse à 6 pour 100 a permis de voir des spores et un mycélium. Les cultures après lavage à l'alcool sur milieu de Sabouraud, à 20°, ont mis en évidence le T. accuminatum, violaceum, crateriforme flavum et un T. indéterminé. Belles figures annexées à cet intéressant travail. G. Petges.

Thérapeutique.

Effets des rayons de Rœntgen sur les lésions de la muqueuse buccale (Effect of the roentgen-ray on lesions of the mucous membrane), par W. B. Trimble. *Journal of cutaneous diseases,* novembre 1911, p. 573.

Les rayons X ont la réputation de ne pas influencer les épithéliomas de la muqueuse buccale. Cependant T. présente deux observations encourageantes à l'actif de la radiothérapie. Dans un premier cas un épithélioma basocellulaire d'une joue et de la commissure correspondante, étendu au bord incarnat de la lèvre supérieure, a été bien guéri par huit irradiations de cinq minutes ; à vrai dire nous pensons d'après la photographie annexée à l'observation que cet épithélioma est qualifié à tort d'épithélioma de la muqueuse buccale : il intéresse la lèvre et le bord incarnat seuls.

Dans un deuxième cas, il s'agit d'un épithélioma de la langue chez un vieillard de 75 ans, qui refusa toute intervention chirurgicale malgré les conseils éclairés. Il reçut 30 irradiations de rayons X et fut guéri.

Les deux malades ont présenté une récidive après deux ans de santé très satisfaisante. G. Petges.

Opérations plastiques du visage (Plastic operations on the face), par J.-S. Horsley. *Journal of the american medical association,* 26 août 1911, p. 697.

Intéressant mémoire avec belles photographies de malades atteints de brûlures, ou d'ulcérations diverses, chez lesquels H. a fait des autoplasties avec succès.

A souligner un mode original d'autoplastie pour le dos de la main : tracer deux incisions cutanées verticales parallèles, à intervalle utile, sur le bas ventre : décoller la peau de manière à obtenir une sorte de pont, sous lequel on place l'ulcération de la main jusqu'à ce que ce lambeau ait pris : ici ce n'est plus le lambeau qui va vers l'ulcération, mais le contraire.

G. Petges.

Trichorrexie noueuse.

Trichorrhexie noueuse (Ueber Trichorrhexis nodosa), par Hübner et E. Walte. *Münchener medizinische Wochenschrift,* 1912, n° 3, p. 140.

Les enfants du district de Steinbach-Hallenberg (en Thuringe) présentent une singulière affection épidémique des cheveux ; cette maladie ne frappe que les filles, bien que les deux sexes soient réunis dans les mêmes écoles. Elle consiste en la présence de petites nodosités blanches voisines de l'extrémité des cheveux, et quelquefois si abondante qu'elles donnent aux tresses un aspect rude. La croissance des cheveux est normale, et jamais il n'y a d'accès d'alopécie véritable. Un très grand nombre d'enfants sont atteints. La maladie a paru plutôt moins fréquente chez les enfants porteurs de poux ou de lentes que chez les autres. Au niveau des nodosités, les cheveux subissent une dissociation fibrillaire. Mais l'examen direct et les cultures n'ont donné aucuns renseignements positifs au point de vue bactériologique.

On ne peut définir ces cas autrement que comme une épidémie de trichorrhexie noueuse ; mais cette dernière expression ne s'applique guère à une maladie très autonome, et les recherches bactériologiques sont très contradictoires, et la nature bactérienne de ces lésions reste très douteuse.

Au mois d'août, le nombre des enfants porteurs de nodosités était moindre qu'en hiver ; mais un assez grand nombre offraient des malformations des ongles et des dents de telle sorte qu'une dystrophie congénitale de ces organes n'était pas douteuse chez ces sujets ; de sorte que les auteurs expliqueraient volontiers l'épidémie par le rôle d'une mauvaise hygiène locale jointe à une prédisposition congénitale. Peut-être cette dernière est-elle commune aux races sud-allemandes. Il faudra, pour être renseigné, attendre des documents nouveaux. Ch. Audry.

Tuberculides.

Tumeurs sarcoïdes de la peau avec relation d'un cas du type « Boeck » (Sarcoid tumors of the skin with report of a case of the Boeck type), par G.-H. Fox et U-J. Wile. *Journal of cutaneous diseases,* juillet 1911, p. 375.

Revue générale au sujet des types cliniques appelés « Sarcoïdes », avec une observation très complète d'un cas ressemblant cliniquement au type diffus de Boeck, mais en différant au point de vue histologique : l'épithélium est normal ainsi que la couche papillaire ; il existe des nodules circonscrits et de gros amas diffuse de cellules, séparés par ds travées conjonctives, depuis le niveau des glandes sébacées jusqu'à la limite supérieure du derme ; ces nodules englobent par places les vaisseaux sanguins et les glandes sudoripares, et même des nerfs, sans en modifier la structure. Les cellules fondamentales sont de petites cellules conjonctives, à gros noyau vacuolé, à protoplasma peu abondant. Il existe un grand nombre de cellules épithélioïdes, des cellules plasmatiques, et beaucoup plus de lymphocytes que dans les sarcoïdes déjà décrites. On voit aussi quelques cellules géantes, dues pour la plupart à la dégénérescence de blocs cellulaires avec conservation de leurs noyaux : quelques nodules rappellent les lésions tuberculeuses. Le tissu élastique est refoulé et comprimé en couche dense

par ces formations nodulaires, dans lesquelles il n'existe pas la moindre trace de caséification, ni de bacilles de Koch. G. PETGES.

Tuberculide atrophique (Atrophic tuberculide), par J.-L. BUNCH. *Royal Society of medicine of London,* 16 novembre 1911. *British journal of dermatology,* décembre 1911, p. 402.

Éruption présentée par un enfant de 12 ans, ayant débuté à l'âge de 4 ans par une plaque ombilicale au niveau de laquelle se sont formés ultérieurement des nodules rouges. Ces nodules étaient saillants, d'aspect papuleux, infiltrés; ils tendaient à se nécroser. Actuellement ils sont remplacés par un semis de cicatrices rondes et ovales, miliaires et lenticulaires, couvrant la région antérieure de l'aisselle droite, les flancs et le bas-ventre.

Pas de réaction à la tuberculine injectée à la dose de 0 gr. 001, ni à la cutiréaction, malgré l'aspect de l'enfant qui a bien le faciès d'un tuberculeux. G. PETGES.

Urticaire pigmentaire.

Un cas d'urticaire pigmentaire (A case of urticaria pigmentosa), par BUNCH. *Royal society medicine of London,* 11 novembre 1911. *British journal of dermatology,* novembre 1911, p. 405.

Garçon de 10 mois, présentant depuis le 2e mois après sa naissance des plaques devenues progressivement brunes. Actuellement il est porteur de nombreuses lésions irrégulières, papuleuses, de la dimension d'un grain de mil à celle d'un pois, sur la poitrine, l'abdomen, le dos, les cuisses, le cou, la face, le cuir chevelu.

Ces plaques sont irritables et ont l'aspect urticarien. Les lésions histologiques confirment le diagnostic porté. G. PETGES.

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

Anatomie pathologique.

Symptomatologie et résultats de l'examen anatomo-pathologique de deux cas de syphilis tertiaire fébrile du foie (Klinischer Verlauf und pathologisch-anatomischer Befund bei zwei Fällen von tertiarer, fieberhafter Leberlues), par Kirchheim. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 26 janvier 1911, p. 152.

L'auteur cherche à prouver que dans la syphilis tertiaire du foie, la fièvre peut être due à une infection secondaire. Il combat l'opinion de Klemperer qui, en s'appuyant sur ce fait que des manifestations fébriles durant depuis des mois disparaissaient par l'absorption de mercure et d'iodure, avait uniquement attribué la fièvre au processus ulcératif des gommes.

L. Spillmann.

Bactériologie.

Culture du treponéma pallidum pathogène (Cultivation of pathogenic treponema pallidum), par H. Noguchi. *Journal of the American medical association,* juillet 1911, p. 102.

N. a employé, pour chercher à cultiver les tréponèmes de la syphilis, des ensemencements de reins ou de testicules de lapin, contenant des spirochètes.

Le milieu utilisé est le sérum de mouton, de cheval ou de lapin additionné de 3/4 d'eau (sérum-eau) ; le testicule et le rein paraissent préférables aux autres tissus; le foie est un des organes les plus défavorables aux ensemencements, à cause des microbes autres que le spirochète qu'il contient, et de sa provision d'hydrates de carbone, source d'acidité dans le milieu de culture. Les tubes, hauts de 20 centimètres, large de 1 cm. 5, contenant 16 centimètres cubes de sérum-eau, sont stérilisés à 100° à 3 reprises durant 50 minutes, à 24 heures d'intervalle, puis mis à l'étuve à 37°, durant 2 jours ; s'ils restent stériles après cette épreuve, ils sont prêts à être ensemencés.

On les bouche à la paraffine pour prévenir l'évaporation et l'entrée de l'air. Pour obtenir la première culture on n'ajoute ni agar, ni gélatine, qui pourront servir pour les cultures suivantes après repiquage. La culture anaérobie est d'abord indispensable. Certains spirochètes poussent parfois sur un fragment de tissu recouvert de sérum agar, au fond du tube, avec fermeture à la paraffine.

Les premières cultures sont impures, avec bactéries et spirochètes : ces derniers sont difficiles à séparer par les moyens usuels ; on y parvient par filtration sur bougie de Berkefeld qu'ils traversent avant les bactéries, vers le cinquième jour.

Par ces procédés, W. a pu cultiver le tréponème et l'identifier tant par l'examen microscopique que par les inoculations positives aux lapins.

G. Petges.

Recherches sur le spirochæte pallida dans les tissus de syphilis primaire et secondaire (Untersuchungen über die Spirochaete pallida im Gewebe bei primärer und sekundärer Syphilis), par Tièche. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* t. 111, 1912, p. 223.

Les spirochètes sont peu nombreux ou même introuvables au centre des chancres un peu anciens. T. pense que ce fait doit être attribué soit à une destruction des parasites par des anticorps, soit à une modification du terrain plutôt qu'à l'invasion du chancre par des microbes banaux invoquée par Levaditi. D'autre part les spirochètes sont répartis de façon trop diffuse dans l'ensemble du tissu pour permettre de croire à la répartition systématique en foyers isolés dans les lymphatiques, décrite par Blaschko.

Dans l'œdème dur syphilitique, les spirochètes se retrouvent constamment mais en petit nombre.

Le traitement mercuriel, même de faible intensité, amène une disparition presque totale des parasites dans le tissu chancreux.

De tous les accidents secondaires, les plaques muqueuses hypertrophiques se montrent les plus riches en spirochètes. On les retrouve dans tous les exanthèmes; T. n'en a pas trouvé dans la roséole. Ils sont rares dans les formes lichénoïdes et micro-papuleuses et à la partie centrale des syphilides circinées.

Les variations du nombre de parasites suivant la forme clinique des lésions confirment l'opinion de Jadassohn, qu'en matière de contagiosité la nature des efflorescences semble plus importante que l'âge de la maladie.

Pellier.

Méthode de démonstration des spirochètes et des trypanosomes par la nigrosine (A method of demonstrating spirachaetae and trypanosomes by means of Nigrosin), par Ch. Goosmann. *Journal of cutaneous diseases,* décembre 1911, p. 628.

Cette méthode est calquée sur l'emploi de l'encre de Chine pour la coloration des spirochètes, elle paraît plus fidèle, plus précise à son auteur.

La nigrosine serait un excellent réactif, surtout celle d'origine américaine.

Excellentes figures démonstratives. G. Petges.

La recherche des spirochètes dans les sécrétions nasales des hérédo-syphilitiques a-t-elle une valeur pratique (Hat die Untersuchung auf Spirochaeta Pallida in Nasensekret hereditar syphilitischer Kinder in diagnostischer Hinsicht eine praktische Bedeutung), par J. Haavaldsen. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 110, p. 210.

H. répond par la négative.

Sur 5 enfants atteints de coryza seul, âgés de 14 jours à 6 semaines, il n'a trouvé que 2 fois de rares spirochètes dans la sécrétion nasale.

Il n'y en avait point chez 8 enfants hérédo-syphilitiques dont les symptômes avaient disparu.

Sur 6 cas, où les enfants présentaient simultanément du coryza et d'autres manifestations cutanées, il en découvrit 5 fois.

11 fois, il s'agissait d'enfants porteurs d'efflorescences cutanées sur les plantes des pieds et la face. 7 d'entre eux présentaient des spirochètes.

Au total, on avait fait 150 préparations, à raison de 5 par malade, et 30 d'entre elles présentèrent des spirochètes ; et toujours très peu abondants.

Au total, il est si rare de trouver des spirochètes chez les sujets qui ne présentent pas par ailleurs des manifestations cutanées évidentes que cette recherche n'a pas d'intérêt pratique. Ch. Audry.

Chancre.

Chancre syphilitique du cuir chevelu (Zur Kenntnis der syphilitischen Primäraffectes an der behaarten Kopfhaut, par L. Weiss. *Berliner klinische Wochenschrift,* 1911, n° 18, p. 792.

W. connait la mention de 21 cas de chancre syphilitique du cuir chevelu. Lui-même donne l'observation de chancres syphilitiques multiples (avec spirochètes) disséminés sur le cuir chevelu d'un nourrisson de 9 semaines. La mère avait pris la syphilis 4 ans auparavant ; présentement, elle n'offrait pas d'autres symptômes qu'une séroréaction faiblement positive. Père sain. Ultérieurement, accidents spécifiques exanthématiques.

On n'a pas découvert l'origine de l'infection ; en tous cas, l'enfant n'était pas immunisé par la mère. Ch. Audry.

Expérimentation.

Inoculation positive de sang, de sérum sanguin et de sperme d'hommes syphilitiques dans le testicule du lapin (Gelungene Verimpfung vos Blut, Blutserum et Sperma syphilitischen Menschen in die Hoden von Kaninchen), par Uhlenhuth et Mulzer. *Berliner klinische Wochenschrift,* 1912, n° 4, p. 152.

En inoculant dans le testicule de lapin adulte du sang provenant d'une femme atteinte de syphilis secondaire et dans lequel on n'a pas vu de spirochètes, on a obtenu 3 fois sur 4 une orchite et une péri-orchite syphilitique à spirochètes.

Mêmes résultats avec le sang, le sérum sanguin et le sperme d'un homme atteint de syphilis secondaire, alors qu'on n'avait pas vu de spirochètes dans ces liquides.

Ce mode d'inoculation peut donc constituer un procédé d'exploration d'une extrême sensibilité.

La présence du spirochète dans le sperme offre un intérêt spécial tant au point de vue du mécanisme d'une hérédité paternelle qu'au point de vue du passage des spirochètes à travers un épithélium sain, peau ou muqueuse ; on pourrait ainsi admettre une infection de la femme sans chancre, par pénétration de spirochètes provenant du sperme. Ch. Audry.

Etude expérimentale sur une réaction cutanée pour le diagnostic de la syphilis (A few suggestive experiments for the diagnostic of syphilis), par M. J. Schoenberg et E. Burchill, *New-York medical iournal,* 14 octobre 1911, p. 784.

J. et B. considèrent la réaction de Wassermann comme trop délicate et

infidèle ; ils ont recherché un moyen de diagnostic plus facile, et croient l'avoir trouvé dans cette réaction à la syphilis, comparable à celle de Von Pirquet pour la tuberculose.

Dans l'impossibilité d'injecter des produits syphilitiques et d'obtenir des cultures de spirochètes, ils emploient deux substances, le 606 et la solution type d'antigène habituellement utilisée pour la fixation du complément par la méthode de Noguchi ; le 606 servant à stériliser l'antigène.

Sur ces données les auteurs ont expérimenté leur méthode sur 8 malades avec des résultats négatifs.

La pratique n'en est donc pas plus encourageante que la théorie...

G. Petges.

Fièvre syphilitique.

Sur la fièvre syphilitique (Ueber das syphilitische Fieber), par C. Jordan. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 108, p. 513.

J. rappelle les travaux antérieurs de Guntz et de Fournier, etc.

Lui-même, sur 80 malades, a observé de la fièvre 43 fois, dont 27 sur 47 des syphilitiques secondaires récents et 16 sur 23 récidives. Mais sur ces 43 cas, 30 seulement peuvent être rapportés à l'action de la seule vérole. J. a dû tenir compte des hyperthermies déterminées par les injections mercurielles (12 fois sur 106 cas de Polano et Lindenheim).

15 fois la fièvre offrait un type intermittent, 13 fois rémittent, 2 fois irrégulier. Cette fièvre a duré de 2 à 23 jours.

Dans un cas on aurait dit un pseudo-typhus.

3 fois sur 8 cas de syphilis tertiaire, J. a observé de la fièvre. Cette fièvre tertiaire, beaucoup plus rare que la fièvre de la période secondaire, peut précéder une manifestation spécifique. En général, l'état général n'est pas modifié par cet état fébrile. Traitement par Hg, KI, et l'arsenobenzol.

(J. a considéré comme fébrile toute température supérieure à 37°,5.)

Ch. Audry.

Hérédo-syphilis.

Sur l'hérédité de la syphilis, par Rudolf Krefting. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 110, p. 439.

K. observe que l'origine purement paternelle de la syphilis a toujours été niée par nombre d'observateurs.

Il a examiné le sérum de 20 femmes qui ne présentaient pas d'anamnèse de syphilis et qui étaient accouchées d'enfants syphilitiques. Chez toutes, le séro-diagnostic fut positif ; donc toutes étaient syphilitiques.

La transmission germinative de la syphilis n'existe pas. Il faudrait remplacer la dénomination : syphilis héréditaire, par celle de syphilis congénitale. On ne transmet pas par l'hérédité une maladie contagieuse.

Ch. Audry.

Historique.

Contribution à l'histoire de la syphilis dans le Nord de l'Europe (Beiträge zur frühesten Geschichte der Syphilis im Norden), par F. Grön. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* t. 110, 1911, p. 191.

Il est très difficile de considérer les crânes humains exhumés en Suède

et présentant des lésions syphilitiques comme des preuves certaines d'une syphilis précolombienne en Suède. L'histoire montre en effet que les lieux de sépulture où ils furent découverts ont été utilisés dans ce but jusque dans le premier quart du XVI[e] siècle.

Les documents historiques ne présentent rien qui permette d'affirmer avant 1495 la présence de syphilis dans les trois états du Nord. Au contraire, il semble que vers 1502 la maladie y ait pris un caractère épidémique, s'étendant du Danemark au sud de la Suède avant d'atteindre la Norwège. PELLIER.

Lésions diverses.

Syphilis simulant le psoriasis (Syphilis resembling psoriasis), par FORDYCE. *The journal of cutaneous diseases,* mars 1911, p. 180.

Cas soulignant la possibilité de confondre certaines lésions syphilitiques avec le psoriasis : le malade observé présentait sur le bras des lésions circinées, squameuses, absolument analogues à celles du psoriasis le plus typique, et impossibles à diagnostiquer, sans l'examen de la muqueuse buccale et la présence de lésions folliculaires du tronc. G. PETGES.

Syphilome hypertrophique diffus (Ein Fall von Syphiloma hypertrophicum diffusum), par J. BINDERMANN. *Berliner klinische Wochenschrift,* 1911, n° 18, p. 790.

B. commence par rappeler quelques observations publiées antérieurement d'infiltration syphilitique diffuse des extrémités, des organes génitaux, de la face.

Il donne ensuite l'histoire et l'image d'un homme de 32 ans atteint de syphilome hypertrophique diffus du nez, des lèvres et de la langue guéri en 5 semaines par une injection intrafessière d'arsenobenzol.

CH. AUDRY.

Localisations diverses.

Arthrite syphilitique du coude, par BONNET. *Lyon médical,* 21 janvier 1912, p. 136.

Cette lésion fit son apparition chez un ancien syphilitique non traité, déjà atteint deux ans auparavant de lésions des os du nez. Cette arthrite était remarquable par son volume, l'étendue des lésions osseuses, l'abondance des fistules suppurantes, l'ankylose presque complète, en même temps que par l'indolence de ces accidents. On institua un traitement mixte, avec des injections de biodure. Il était à peu près cicatrisé à la sixième, lorsqu'on fit une injection intra-veineuse de 40 centigrammes d'arsenobenzol qui agit de suite favorablement. Mais cinq jours après une tuméfaction apparut sur le crâne, qui devint très rapidement une vaste collection fluctuante, et qui, malgré les apparences, n'était autre chose qu'une gomme syphilitique. M. CARLÉ.

Syphilis de l'estomac (Sifilis del estómago), par EGUIGUEN et URRUTIA. *Revista clinica de Madrid,* 1[er] février 1912, t. VII, n° 3, p. 94.

Un pharmacien de 27 ans commence à souffrir en 1907 de coliques hépa-

tiques avec ictère, puis de douleurs stomacales suivies d'hématémèses qui nécessitèrent une gastro-entérostomie. L'estomac, la face, la vésicule paraissent normaux. Le sang était très pauvre en hématies et hémoglobine. De nouvelles hématémèses surviennent au bout de quelques mois, suivies de coliques hépatiques avec ictère par rétention, anasarque et ascite. Deux paracentèses donnèrent issue à 7 et 10 litres de liquide. Le malade ayant par hasard pris de l'iodalose, se trouva mieux. On pratiqua alors des frictions mercurielles qui le métamorphosèrent en quelques jours. Wassermann positif malgré l'absence de toute manifestation syphilitique. Une injection de 0,60 de Salvarsan achève de lui rendre la santé. Le sang est redevenu normal. A noter l'anémie anaplastique. La radioscopie démontra qu'il s'agissait d'un ulcère juxta-pylorique. Les phénomènes hépatiques étaient probablement aussi spécifiques. J. Méneau.

Complications oculaires précoces au cours de la syphilis, par J. Chaillous. *Société d'ophtalmologie de Paris,* février 1912.

J. C. présente deux malades atteints de choroïdite d'origine syphilitique, observée à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Thibierge.

Chez la première malade, quelques semaines après l'accident primitif, les deux yeux furent atteints d'une neuro-chorïo-rétinite, qui se manifesta par une diminution considérable de la vision.

Sous l'influence du traitement par le 606 et par les injections intraveineuses de cyanure d'hydrargyre, les troubles subjectifs diminuèrent, et la vision s'améliora. Mais la rétine des deux yeux est déjà semée de taches pigmentaires indélébiles. Chez le second malade présenté, le chancre n'est pas encore cicatrisé et cependant on observe dans les deux yeux des lésions choroïdiennes, très accusées. Comme ces taches atrophiques et pigmentaires n'occupent que la périphérie de la rétine, elles ne provoquent pas de diminution de la vision et l'envahissement des membranes profondes de l'œil n'a pu être décelé que par l'examen ophtalmoscopique. Les complications précoces de la syphilis n'atteignent pas seulement la choroïde. Celles qui frappent l'iris sont banales et plus connues. Mais la rétine et le nerf optique peuvent être atteints, eux aussi. L'auteur rapporte l'observation d'une malade qui, cinq mois après un chancre de la paupière inférieure droite, eut un décollement de la rétine du même côté, avec cécité absolue. Plus souvent encore que la rétine et que la choroïde, le nerf optique peut être atteint par la syphilis, dans les premiers mois de l'infection.

C. a observé chez un malade dont le chancre était à peine cicatrisé, une double névrite optique. Les lésions du nerf optique se manifestent sous deux formes cliniques. Tantôt il s'agit d'une névrite due probablement à une localisation du tréponème dans le nerf lui-même ou dans les gaines qui l'entourent. Les symptômes subjectifs et objectifs sont très marqués et les malades ne tardent pas à se plaindre de la diminution considérable de leur vision. Plus souvent, la névrite n'est constatée que si l'examen des syphilitiques est pratiqué systématiquement. Les troubles subjectifs sont peu marqués. Il s'agit, dans ces cas, de complications des méningites de la période dite secondaire. Ces névrites œdémateuses, d'ori-

gine syphilitique, le plus souvent méconnues, paraissent aussi fréquentes que l'iritis de même nature. Depuis l'introduction du 606 dans la thérapeutique de la syphilis, comme on pratique plus souvent l'examen oculaire, on constate en apparence, plus souvent l'existence de névrites optiques, pour lesquelles on invoque « le neurotropisme » ou que l'on qualifie de « neurorécidives ».

Rien ne prouve, jusqu'à présent, que l'arsénobenzol soit la cause de ces complications. La constatation des névrites optiques a la plus grande importance au point de vue du pronostic et du traitement de l'affection syphilitique. Le plus souvent, en effet, la névrite optique a la plus grande importance au point de vue du pronostic et du traitement de l'infection syphilitique. Le plus souvent, en effet, la névrite optique, qui serait méconnue sans l'examen ophtalmoscopique, est le seul signe clinique indiquant une localisation du tréponème, au niveau des méninges. Les faits rapportés par l'auteur montrent l'utilité de l'examen du fond de l'œil des syphilitiques, dès les premiers mois de l'infection. P. Ravaut.

Un cas d'onyxis sèche syphilitique associée à une alopécie totale (A case of onychia sicca syphilitica asssociated with total alopecia), par H.-G Adamson. *British journal of dermatology,* novembre 1911, p. 354.

Le sujet est un homme de 47 ans atteint depuis 15 années de plaques de pelade, totalement décalvé depuis 13 ans. Les ongles sont malades depuis 6 mois seulement : actuellement chacun des ongles est incarné, sec, terne, rugueux, strié, cannelé ; les lésions sont pareilles aux doigts comme aux orteils. Le patient a perdu toutes ses dents à l'âge de 30 ans ; il est atteint de glossite superficielle.

La réaction de Wassermann est positive, les antécédents démontrent l'existence de la syphilis.

A. insiste sur les caractères objectifs qui lui font affirmer l'existence d'une oxynis sèche syphilitique, mais il n'ose rapporter à la même cause l'alopécie, malgré d'intéressants travaux récents. G. Petges.

Hémorragies utérines d'origine syphilitique (Ueber uterine Blutungen syphilitischen Ursprunges), par J.-V. Jaworski. *Wiener klinische Wochenschrift,* 1911, n° 29, p. 1059.

5 observations de femmes syphilitiques présentant des hémorragies utérines guéries ou notablement améliorées par le traitement mercuriel.

Ch. Audry.

Aménorrhée et Syphilis tertiaire (Amenorrhoe und tertiare Syphilis), par Meirowsky et Frankenstein. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1910, n° 31.

Dans 3 cas, il s'agit de femmes âgées de 38, 33 et 28 ans, chez lesquelles, en même temps que d'autres accidents graves de syphilis tertiaire, on vit s'établir une aménorrhée durable qui céda d'ailleurs au traitement spécifique dans les 2 premiers cas ; dans le troisième, le traitement fut très faible, et les règles furent remplacées par des épistaxis.

Faut-il attribuer cette aménorrhée à des lésions ovariennes, ou à la détérioration de l'état général. Ch. Audry.

Trois cas de syphilis des veines (Drei Fälle von Venensyphilis), par James Strandberg. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 107, p. 187.

Rien de nouveau.

On n'a pas trouvé de spirochètes sur les coupes des veines.

Ch. Audry.

Sur les lésions du nerf acoustique dans la syphilis acquise (Ueber Erkrankungen des Akustikus bei erworbener Lues), par O. Mayer. *Wiener klinische Wochenschrift,* 1911, n° 11, p. 381.

Travail un peu trop technique pour les lecteurs habituels de ces Annales. M. se basant sur les observations d'Habermann et les siennes propres montre d'abord que des altérations de l'acoustique peuvent, et assez fréquemment, survenir à toutes périodes de la syphilis. Toutefois, il pense que les manifestations de l'acoustique observées après l'administration du 606 diffèrent assez sensiblement de celles qui surviennent d'habitude sous la seule influence de la syphilis. En effet, sur les 65 cas qui font la base de son travail, jamais on n'observe d'altération circonscrite à l'appareil vestibulaire, ce qui s'est présenté dans les 5 cas présentés par Urbanschicht et constatés chez des malades traités par l'arsenobenzol. Ch. Audry.

Polynévrite syphilitique (Polyneuritis syphilitica), par Plehn. *Berliner klinische Wochenschrift,* 1912, n° 3, p. 105.

I. — Femme de 36 ans, ayant eu 2 avortements et un enfant vivant, présentant des paralysies flasques des jambes, des paresthésies, de la disparition des réflexes tendineux, des atrophies, de la diminution de l'excitation galvanique. Wassermann faiblement positif dans le liquide céphalo-rachidien, douteux dans le sang. Guérison par Hg.

II. — Homme de 39 ans, paralysé des jambes, puis des bras, des doigts, etc., etc. Amélioration par le Salvarsan. Ch. Audry.

Un cas curieux de syphilis de la moelle (Un caso curioso de sífilis nudular), par Covisa. *Revista clinica de Madrid,* 1er décembre 1911, t. VI, n° 23, p. 412.

Un employé de chemin de fer, âgé de 34 ans, reçoit au deuxième mois de sa syphilis, une injection intra-musculaire de Salvarsan. Douleur intense, mais disparition rapide des adénopathies, de la céphalée nocturne et des plaques muqueuses. Cessation du traitement. Trois mois après, paralysies brusques de la face et de la jambe droite. Le lendemain, l'autre jambe est prise. Troubles sphinctériens. La jambe gauche est seule anesthésique à la douleur, à la température et au contact. Réflexes abolis, signe de Babinski. Une injection intraveineuse de 0 gr. 35 de Salvarsan fait rétrocéder la paralysie motrice gauche ; l'anesthésie de cette jambe et la paralysie de l'autre persistent. 4 injections de 0 gr. 35, 0 g. 30, 0 gr. 40 de Salvarsan faites à 11, 17, 27 jours d'intervalle les unes des autres ne purent faire disparaître que la paralysie gauche. L'amélioration des troubles moteurs et sensitifs y fut simultanée.

A noter la précocité des phénomènes probablement dus à un ramollissement par thrombose artérielle : lésion hémilatérale de la moelle, production d'un syndrome de Brown-Séquard suivie d'une lésion moins accusée du

côté opposé. Ce cas curieux démontre la nécessité de répéter les injections de Salvarsan et d'y joindre le traitement mercuriel. La paralysie faciale fut d'ordre périphérique sans troubles auditifs ni gustatifs. Son interprétation est délicate, on ne saurait en faire le résultat d'une action toxique du Salvarsan, puisque les injections successives ne l'ont pas aggravée ni une neuro-récidive, puisque ces mêmes doses successives ne l'ont point fait disparaître. J. Méneau.

Le diagnostic différentiel de la syphilis et de la parasyphilis du système nerveux (The differential diagnosis of syphilis and parasyphilis of the nervous system), par F.-W. Mott. *British medical journal,* 18 novembre 1911, p. 1337.

M. pense que la syphilis est la cause efficiente des maladies dites parasyphilitiques de Fournier, tabes, paralysie générale ; elle peut être aidée par des causes occasionnelles, surmenage, chagrins, etc. L'hérédosyphilis peut causer la paralysie générale juvénile. De même la syphilis acquise ou héréditaire est souvent responsable de troubles nerveux variés, neurasthénie, hystérie, etc., parfois de l'artério-sclérose.

La démence précoce, l'épilepsie, la méningite tuberculeuse, les scléroses cérébrales, les tumeurs des centres nerveux peuvent être prises à tort pour des manifestations syphilitiques.

Pour terminer M. donne un tableau résumant le diagnostic différentiel du tabes dorsalis du pseudo-tabes syphilitique et des névrites périphériques.

G. Petges.

Perforation du crâne par résorption osseuse, consécutive à une ostéopériostite gommeuse, par J. de Azua. *Revista clinica de Madrid,* 1er janvier 1912, t. VII, n° 1, p. 12.

Il s'agit d'un homme de 65 ans, atteint de syphilis de date inconnue, mais remontant probablement à sa jeunesse, à cette époque il ressentit des douleurs rhumatoïdes, puis plus rien pendant 34 ans. Il y a environ 7 ans, hémiplégie avec contracture, aphasie type Broca de moyenne intensité, déchéance mentale, douleurs névralgiformes dans le membre inférieur droit. Wassermann positif. En examinant le malade, on découvre une perte de substance osseuse de la voûte crânienne, ovale, de 5 centimètres dont le centre correspond à la fontanelle postérieure. Le sujet l'ignorait. La perte de substance est parfaitement limitée par un rebord dur, élevé. La peau et les tissus sous-jacents, normaux, sont déprimés, formant creux quand le malade est dans la station verticale, et se comblant dans la station couchée. Le doigt apprécie nettement la perte de substance osseuse, déprime les tissus mous et sent le battement du cerveau. En mettant le malade la tête en bas, les parties molles se gonflent par dilatation du sinus longitudinal supérieur et on voit alors les battements. La compression produit des nausées et vomissements, plus accusés quand le malade est couché. Injections d'huile grise. Au bout d'un an, amélioration de la jambe, des nausées, de la déchéance mentale; la lésion semble se circonscrire. Les autres symptômes ne sont pas amendés. Il s'agit d'une carie sèche (Virchow) sans suppuration ni nécrose. J. Méneau.

Pseudo-paralysie syphilitique de Parrot, par Plauchu. *Société de médecine de Lyon,* 18 décembre 1911. *Lyon médical,* 28 janvier 1912, p. 174.

La femme X. contracte la syphilis en 1910 et avorte en juillet d'un fœtus macéré de quatre mois. En août 1911 elle mettait au monde un enfant bien portant en apparence. A trois mois et demi, on remarqua qu'il ne pouvait plus remuer le bras gauche. Celui-ci restait accolé au tronc, et le moindre mouvement provoquait des souffrances très vives. Étant donné les antécédents, on institua de suite un traitement de frictions mercurielles. Huit jours après, il ne reste qu'un peu de parésie, et les douleurs ont disparu.

Ces formes de maladie de Parrot sont atténuées parce qu'elles sont diagnostiquées et traitées dès le début. S'il en était habituellement ainsi, l'affection resterait presque toujours bénigne, et n'aboutirait pas au décollement épiphysaire. M. Carle.

Séro-diagnostic.

Le séro-diagnostic de la syphilis (Die Sero diagnostik der Syphilis), par K. Altmann. *Dermatologische Zeitschrift,* 1912, n° 1, p. 22.

Excellente revue générale de la question. A. recommande de s'en tenir à la méthode originale ; seul, le procédé de M. Stern peut être aussi de quelque utilité ; encore faut-il user prudemment de cette dernière s'il s'agit de diagnostic. Rien de nouveau. Ch. Audry.

L'importance des extraits de cœur dans l'état actuel de la réaction de Wassermann (Die Bedeutung der Herzextrakte für den heutigen Stand der Wassermannschen Reaktion), par C. Lange. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* t. 111, 1912, p. 283.

Les extraits aqueux de foie syphilitique demandent des titrages minutieux qui absorbent une grande partie du produit ainsi éprouvé. Leur supériorité, quoique incontestée, n'est pas assez considérable pour que l'on cherche à s'éviter les tracas de leur préparation. Les extraits alcooliques sont d'une préparation et d'une conservation plus faciles.

Les extraits alcooliques de cœur humain jouissent d'une constance telle que le titrage devient inutile. Leur préparation est des plus simples. On leur a reproché de jouir de propriétés auto déviatrices et auto-hémolytiques. Les auto-déviations peuvent s'éviter par un excès de complément.

C'est surtout à la période du chancre (81 résultats positifs sur 93) que l'extrait de cœur s'est montré d'une réelle supériorité. Pellier.

Recherches sur l'emploi de la réaction de Dungern pour le séro-diagnostic de la syphilis (Untersuchungen über die Brauchbarkeit der von Dungern'schen Reaktion für die Serumdiagnostik der Syphilis), par O. Stiner. *Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte,* 20 nov. 1911, n° 33, p. 1137.

De nombreuses objections théoriques s'élèvent contre la méthode de V. Dungern. On peut critiquer l'emploi de complément desséché, l'absence de contrôles, le choix de l'antigène ; il n'est pas permis d'ignorer que les sérums non-inactivés donnent des autodéviations non spécifiques. Les globules rouges, empruntés au sang du malade, constituent de ce fait une donnée très variable.

Un examen de 100 sérums fait comparativement suivant les techniques de V. Dungern et Wassermann donna 25 pour 100 de divergences.

Au point de vue pratique, il est évident que les produits desséchés ne sont pas d'un titrage constant : l'ambocepteur et surtout le complément se montrent parfois très affaiblis.

Bref il faut renoncer à l'appât trompeur d'un sérodiagnostic mis à la portée de tous. PELLIER.

Sur la réaction de Wassermann chez le cadavre (Ueber die Wassermann sche Reaktion an der Leiche), par F. von WERDT. *Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte,* 10 octobre 1911, p. 993.

Trois questions se posent : 1° la réaction de W. sur le cadavre donne-t-elle des résultats dignes de foi ? 2° peut-on se baser sur elle comme sur un argument nouveau en faveur de l'origine syphilitique de certaines altérations ? 3° doit-on, en cas de réaction positive, considérer comme syphilitique une lésion dont la nature ne semblait pas d'une spécificité certaine à l'examen microscopique ? W. a pratiqué la réaction sur 329 sérums et a obtenu 47 réactions positives. Dans 20 cas l'autopsie a montré des lésions vasculaires ou viscérales (mésaortite, gomme du cœur, cirrhose hépatique, etc.). Parmi les cas négatifs se trouvaient plusieurs aortites.

W. répond affirmativement aux deux premières questions. Mais il considère comme très limités les services que l'examen sérologique peut rendre aux anatomo-pathologistes et cela d'autant plus que nombre de sérums sont inutilisables (modifications cadavériques, cachexies). PELLIER.

Tatouage et syphilis.

Sur la question : tatouage et syphilis (Beitrag zur Frage : Tätowierung und Syphilis), par W. HOLLAND. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 110, p. 393.

D'après l'étude du malade, H. a remarqué que les syphilides se localisent de préférence sur les tatouages bleus, exceptionnellement sur les rouges. Les cas furent traités soit par le mercure, soit par le Salvarsan ; les récidives n'eurent pas lieu au niveau du tatouage, tandis qu'il s'en produisit en d'autres points des téguments.

On sait que Dohi avait remarqué que les syphilides n'occupaient pas les tatouages rouges, et il en concluait que cette immunité était due à l'action locale du cinabre. Il est vrai que Florange a observé des faits différents.

CH. AUDRY.

Traitement de la syphilis.

Un cas d'empoisonnement mercuriel malin (Ein Fall von schwerer Quecksilbervergiftung), par F. JULIUSBERG. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 110, p. 409.

Une femme de 45 ans présente, après 7 frictions de 4 grammes de vasogène au mercure à 33 pour 100, de l'hyperthermie seule.

Celle-ci disparaît en quelques jours. Pendant la période fébrile, il n'y a eu ni stomatite, ni albuminurie, ni troubles gastro-intestinaux. On reprend la cure de frictions, après la fièvre. Aucun accident objectif, ni subjectif,

jusqu'à la 27e friction. Tout à coup, à ce moment, éclatent les accidents d'une intoxication mercurielle caractérisée par l'hyperthermie, un érythème scarlatiniforme, une néphrite, une colite; pas d'accidents du côté de la bouche. Mort en 15 jours.

A l'examen histologique de la peau, J. remarque notamment l'absence totale de leucocytes à granulations éosinophiles dans l'infiltrat sous-épidermique.

Les cas de ce genre ne sont pas inconnus, mais très rares. CH. AUDRY.

Modifications histologiques survenues au lieu d'injection de 0 gr. 60 de Salvarsan (Histological changes occuringat the site of injection of 0,6 Gram of Salvarsan), par E.-D. LOVEJOY. *The journal of cutaneous diseases,* juillet 1911, p. 383.

Une injection sous-cutanée de 0 gr. 60 de Salvarsan en solution neutre faite à une jeune femme, sur le bord inférieur de l'omoplate, n'entraîna pas de douleurs excessives et eut un excellent effet thérapeutique.

Mais trois mois après, le nodule induré consécutif à l'injection s'enflamma, se ramollit, avec tendance à l'ouverture, sans réaction douloureuse.

L'examen histologique de ce nodule a montré les faits suivants : la pression du liquide a dilacéré les tissus, formant des cavités dans lesquelles des grains de 606 sont logés : au voisinage il existe de la dégénérescence du tissu cellulaire.

Les fibres élastiques sont profondément altérées et détruites en partie. Le tissu fibreux est irrité, en prolifération active autour des zones nécrosées. Les vaisseaux sanguins et lymphatiques sont infiltrés de granulations de 606, surtout les plus petits. Les cellules adipeuses sont relativement respectées.

Il n'existe pas de cellules rondes migratrices, ni réaction inflammatoire, sauf cependant au voisinage de la piqûre, dans la peau. G. PETGES.

L'évolution du traitement par le Salvarsan à l'Hôpital maritime de Kiel-Wik (Der weitere Verlauf der Salvarsanbehandlung im Kaiserlichen Marinelazarett Kiel-Wik), par GENNERICH. *Berliner klinische Wochenschrift,* 2 octobre 1911, p. 1787.

G. a complètement abandonné la cure dite de dépôt pour les injections intraveineuses. Une préparation irréprochable du sérum artificiel permet d'éviter la plupart des réactions fébriles. Sur 1 500 injections intraveineuses G. n'a eu que deux cas d'intoxication. Après une réaction fébrile débutant au bout de quelques heures et ne durant pas plus de 4 à 5 heures, les phénomènes d'intoxication apparaissent plus tardivement (1 à 2 jours): céphalées, malaises, fièvre et parfois hypothermie. Vers le troisième jour s'observent des symptômes alarmants : troubles auditifs, abolition des réflexes, perte de connaissance, coma, rythme de Cheyne Stokes. Lorsque ces accidents évoluent favorablement, il n'est pas rare de voir survenir de l'ictère, une semaine environ après l'injection. La thérapeutique consiste en injections fréquentes de sérum, magnésie calcinée, caféïne.

Dans 3 cas, le début des réinjections à été marqué par de la cyanose,

avec refroidissement des extrémités et sueurs, troubles qui disparaissent rapidement en arrêtant l'opération et en conduisant le malade à l'air libre.

Nombre de syphilis tertiaires à W. négatif présentent pendant quelques jours, après une injection de 606, une réaction positive.

G. considère que la meilleure thérapeutique abortive consiste en une cure mixte de calomel et de Salvarsan (2 grammes et demi). PELLIER.

Un cas de syphilis cérébrale guéri par le Salvarsan chez un enfant de quatre ans et demi (A case of cerebral syphilis in a child four and one half years cured by Salvarsan), par A. W. FAIRBANKS. *Boston medical and Surgical journal,* 12 octobre 1911, p. 568.

Enfant né de parents syphilitiques, la mère infectée au 3e mois de la grossesse. Pendant le cours d'une rougeole, à 3 ans et demi, il présenta une dilatation avec paralysie de la pupille gauche. A l'âge de 4 ans et demi il est pris de convulsions épileptiques et de troubles mentaux, puis de contractures et de paralysies, etc.

Très amélioré par une injection de 0 gr. 30 de 606.

F. préconise hautement ce médicament même dans la syphilis nerveuse.

G. PETGES.

L'arseno-benzol. Quelques résultats personnels. Essai de mise au point, par le Dr CARLE. *Lyon Médical,* 25 février 1912, p. 401.

C. expose d'après 224 injections intramusculaires ou intraveineuses de 606 les résultats qu'il a obtenus et les appréciations que ceux-ci lui ont suggérées.



Pour lui, la question de l'abortion de la syphilis par les injections précoces et répétées d'arseno-benzol reste entière : les résultats obtenus depuis 6 à 8 mois, malgré l'absence d'accidents secondaires dans un certain nombre de cas, ne peuvent prêter à des conclusions fermes.

Il préconise dans tous les cas l'injection intraveineuse à laquelle il restera fidèle, à cause des réactions inflammatoires locales auxquelles donnent lieu trop souvent les injections musculaires.

Il a obtenu des succès remarquables et rapides dans les chancres à tendance destructive ou proliférante, dans toutes les lésions secondaires ou secondo-tertiaires de la bouche et du pharynx, dans les syphilides ulcéreuses ou pustuleuses, les ulcères gommeux de la face et les syphilides malignes précoces, les onyxis avec périonyxis, la kératose palmaire.

Il range parmi les résultats *excellents* : les accidents primitifs classiques, la roséole, les céphalées secondaires, les éruptions papuleuses, les infiltrations secondo-tertiaires.

Dans une troisième classe où le résultat fut *médiocre,* se trouvent : les adénites, les indurations post-chancreuses, les syphilides lenticulaires ou lichénoïdes, deux iritis, 3 cas de localisations nerveuses (monoplégies oculaires, aphasie).

Enfin résultat *nul* dans trois leucoplasies linguales, deux sciatiques, une parésie d'un bras déjà ancienne, une diplopie avec ptosis de 3 mois, une paraplégie récente (1 mois), deux paralysies générales au début, et 5 cas de tabes.

Comme accidents consécutifs aux injections, en dehors de ceux dus aux injections musculaires, il n'en a eu aucun de sérieux, malgré que ses malades aient été injectés à son cabinet et soient rentrés chez eux ensuite à des distances souvent considérables ; il signale cependant quatre fois de petites indurations au lieu de l'injection, 5 fois une entérite un peu douloureuse pendant quelques jours, un cas de réaction très vive pendant 3 jours avec vomissements et fièvre ; une paralysie faciale ayant duré 20 jours ; enfin un cas d'intoxication assez grave avec fièvre, vomissements, diarrhée, hématuries pendant une quinzaine de jours.

Quant aux cas de mort que différents auteurs ont publiés, C. pense que a plupart sont attribuables aux lésions présentées par les victimes et qui constituaient autant de contre-indications. Mais un certain nombre restent inexplicables : pour ceux-là C. fait remarquer qu'au début de chaque médication nouvelle, il y a eu des accidents dont le nombre a diminué par la suite. D'ailleurs toute entreprise humaine a ses aléas ; et le chloroforme, la cocaïne, la laparotomie, l'automobile et l'aéroplane ont à leur passif des accidents autrement plus nombreux : et cependant personne ne songe à y renoncer.

A. Jambon.

REVUE DES LIVRES

La syphilis, à la lumière des recherches modernes, aux études particulières de leur influence sur l'obstétrique et la gynécologie [Die Syphilis im Lichte der Modernen Forschung (mit besonderer Beruck-sichtigung ihres Einflusses auf Geburtshülfe und Gynäkologie)], par F. Weber. S. Karger, éd., Berlin, 1911.

Le titre indique suffisamment le but et le contenu de ce petit volume, excellent quand il a paru, il y a un an ! Ch. Audry.

La blennorrhagie de l'homme. Sa pathologie et son traitement. Aide-mémoire pour le praticien et l'étudiant (Die Gonorrhöe des Mannes. Ihre Pathologie und Therapie. Ein Leitfaden für Aerzte und Studirende), par W. Kard. J. Springer, éd., Berlin, 1911.

Le titre et le sous-titre indiquent exactement l'intention de ce petit volume qui paraît parfaitement convenir à son but, mais qui n'est pas susceptible d'une analyse en raison de son caractère élémentaire. Ch. Audry.

Traité de la syphilis, par H. Hallopeau et Ch. Fouquet. J. Baillière, éd., 1911.

Dans cet ouvrage, les auteurs se sont manifestement proposés de réunir sous une forme facilement intelligible la plupart des données fondamentales de l'étude de la syphilis. Ils se sont efforcés de prendre pour point de départ les travaux récents.

C'est une manière de faire souvent excellente, et qui peut rendre les plus grands services au lecteur qui désire être « au courant ». A ce point de vue, l'ouvrage ne mérite que des éloges. Mais, d'autre part, il perd un peu de son caractère vraiment pratique. En fait, le livre est assurément trop peu développé pour un « Traité de la syphilis », et peut-être un peu long pour un simple manuel.

Quoi qu'il en soit, le lecteur y trouvera réunis, une quantité considérable de précieux renseignements dont il lui sera loisible de retirer profit.

Le plan est simple : une première partie est consacrée à l' « Étude générale » de la syphilis : étiologie, anatomie pathologique, évolution, diagnostic, pronostic et traitement. La seconde a pour objet l'étude de la syphilis acquise : elle comporte d'abord l'étude du chancre, puis celle des localisations syphilitiques qui s'effectuent sur chaque appareil. Enfin, la troisième partie est consacrée à la syphilis héréditaire.

Une seconde édition de cet ouvrage est déjà rendue désirable par les changements importants que les récents travaux ont apportés dans bon

nombre de conceptions encore peu assises quand le livre a paru, c'est-à-dire en 1911. C'est là du reste une nécessité commune à tous les ouvrages qui offrent à un aussi haut degré les avantages et les inconvénients des livres d'actualité.

Ch. Audry.

Le poumon syphilitique, par Georges Massia. *Thèse,* Lyon, novembre 1911 (Maloine, éditeur).

Excellent travail d'ensemble sur cette question si importante et encore si mal connue.

Après un court historique, l'auteur aborde l'étiologie de cette localisation de la syphilis : elle n'est pas aussi exceptionnelle qu'on l'a cru pendant longtemps et les pneumopathies syphilitiques sont généralement prises pour de la tuberculose. Elles peuvent survenir à tous les âges de la syphilis acquise ou héréditaire, et généralement le poumon est envahi en même temps que d'autres viscères La grande virulence de la maladie paraît être une condition favorable, ainsi que l'absence ou l'insuffisance du traitement antérieur. Quant aux autres affections du poumon, aiguës ou chroniques elles ne semblent pas constituer un point d'appel pour la localisation de la syphilis sur le poumon.

Dans la syphilis secondaire, on a décrit une dyspnée secondaire, qui peut être considérée comme purement nerveuse ; une bronchite secondaire concomitante des accidents cutanéo-muqueux et disparaissant avec eux.

Les germes pulmonaires sont les formes les plus exceptionnelles ; la forme pneumonique en petits îlots est plus fréquente ; les scléroses et les bronchectasies sont les mieux connues.

Au point de vue anatomo-pathologique, M. distingue les processus pneumoniques, les gommes, et les scléroses. Dans les premiers, il fait rentrer l'infiltration gélatineuse de Hiller qui n'est peut-être pas sûrement spécifique ; la pneumonie interstitielle qu'il subdivise en pneumonie blanche de l'adulte, et induration grise de Tiffany. La caractéristique histologique de ces lésions, c'est la néoformation alvéolaire à épithélium cubique dont Tripier a montré la valeur diagnostique : mais on y peut rencontrer parfois des formations tuberculoïdes avec cellules géantes. Ces lésions jointes à la vascularisation abondante, à l'endopériartérite, sont souvent combinées à d'autres altérations syphilitiques.

Les gommes pulmonaires se présentent comme des nodules gros comme des noisettes ou des noix, nettement encapsulés, durs au toucher et à la coupe, gris blanchâtres, localisés au hile ou à la partie moyenne. Histologiquement, elles présentent une zone nécrosée centrale, par oblitération vasculaire, et une zone périphérique où l'on trouve des formations tuberculoïdes en nodules avec des néoformations alvéolaires rudimentaires (Tripier) et des cellules géantes (Nicolas et Favre).

Les scléroses syphilitiques représentent les terminaisons cicatricielles des lésions précédentes et sont distribuées diversement dans la plèvre et dans le tissu pulmonaire. Enfin les dilatations des bronches sont rangées depuis les travaux de Tripier dans les pneumosyphiloses.

Au point de vue clinique, M. décrit : 1° une forme latente, ne se manifestant par aucun signe fonctionnel net ; 2° une forme à marche aiguë ou subaiguë, véritable broncho-pneumonie syphilitique comparable à la broncho-pneumonie tuberculeuse ; 3° une forme chronique, la plus commune, l'ancienne phtisie syphilitique, comparable par son évolution à la tuberculose pulmonaire, et à laquelle peuvent se rattacher des formes gangreneuse, pleuro-pulmonaire, laryngo-pulmonaire, scléreuse avec bronchectasie, etc ; 4° une forme pneumonique lente ; 5° une forme associée à la tuberculose. L'évolution de toutes ces pneumopathies est longue avec des poussées aiguës amenant à la cachexie. Le diagnostic se basera surtout sur les éléments suivants : la localisation, les antécédents du malade, les diverses réactions (Wassermann, sero-diagn. tuberculeux), la lenteur d'évolution, le peu de symptômes généraux, les accidents spécifiques concomitants, l'absence d'hyperthermie locale, l'examen négatif des crachats, enfin le traitement d'épreuve qui devra être prolongé assez longtemps.

Le traitement sera souvent d'une grande efficacité surtout dans les formes chroniques.

Cependant dans les scléroses et dans les formes bronchectasiques, il reste le plus souvent sans action. Suivent 17 observations avec recherches anatomo-pathologiques. A. JAMBON.

Le Gérant : Pierre AUGER.

CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT.

TRAVAUX ORIGINAUX



SUR UNE OBSERVATION DE DERMATITE POLYMORPHE DOULOUREUSE HERPÉTIFORME SUBAIGUE NON RÉCIDIVANTE.

Par le Dr **Petrini Galatz.**

(Clinique dermatologique de l'hopital Coltza [Bucarest].)

La nommée Rachelle H., âgée de 13 ans, ouvrière de magasin, est entrée dans mon service de l'hôpital Coltza le 9 février 1910 et est sortie en état de guérison le 7 mai de la même année.

Antécédents. — Les parents sont bien portants ; les deux frères et quatre sœurs de la malade se portent tout aussi bien. Aucun parmi eux n'a eu de maladie de peau.

A l'âge de 7 ans, notre malade a eu la rougeole et l'année dernière une amygdalite. Elle n'est pas encore réglée ; elle est d'un caractère nerveux, se fâche facilement.

Histoire de sa maladie actuelle. — Il y a deux semaines, un matin, elle s'est aperçue de l'apparition sur ses jambes d'un grand nombre de petites bulles remplies d'un liquide clair ayant les dimensions de petits pois, accompagnées de fortes démangeaisons.

En la questionnant sur son alimentation des jours précédant cette éruption, elle dit avoir pris comme nourriture, la veille de l'apparition de cette éruption, des sardines salées.

Le volume de ces bulles s'était augmenté dès le lendemain de leur apparition, atteignant ainsi les dimensions de noisettes.

Elle se présenta à une consultation publique, où on lui ouvrit quelques-unes de ces bulles et on lui fit un pansement à l'oxyde de zinc.

Deux jours après, d'autres efflorescences semblables aux autres parurent sur les cuisses, puis d'autres sur la région dorsale des pieds ; enfin, encore d'autres sur le thorax, l'abdomen, les membres supérieurs et, il y a trois jours, quelques-unes sur le visage.

La démangeaison et l'insomnie, avec un certain état nerveux, accompagnaient cette poussée éruptive, aussi se décida-t-elle à entrer dans mon service.

Etat présent à son entrée. — On constate sur le visage, surtout du côté droit, sur le front et la région mentonnière un certain nombre de bulles et quelques vésicules de différentes dimensions ; les unes comme des noisettes, sphériques de forme, distendues par un liquide citrin, d'autres contiennent un liquide légèrement rosé.

Par compression avec une lame de verre, on constate que le contenu des bulles ne dépasse pas leurs bords.

Quelques bulles ont les parois un peu ratatinées et la coupole épidermique offre une légère coloration rosée.



Fig. 1. — Dermatite polymorphe douloureuse non récidivante. — Photographie prise à l'entrée à l'hôpital.

Rien dans la cavité buccale.

Les bulles siégeant sur les pavillons des oreilles et autour du cou, sont ratatinées aussi et quelques-unes croûteleuses.

A la région cervicale postérieure, on constate quelques plaques d'herpès.

Les bulles sont distribuées d'une manière discrète sur le thorax et l'abdomen.

Au contraire, elles sont très nombreuses sur les membres inférieurs, où elles sont disposées symétriquement.

Sur ces régions les bulles ont des dimensions comme des grosses noisettes ; elles sont bien distendues par un liquide clair, et parmi celles-ci, on constate aussi d'autres bulles plus petites.

Du reste, c'est par des petites bulles que l'éruption fait son apparition, car les jours suivants les petites bulles deviennent grandes.

Confluentes presque sur les bras et les avant-bras, les bulles deviennent rares sur les poignets.

Les faces palmaires et plantaires sont indemnes.

Sur les fesses, les bulles sont aussi peu nombreuses.

Mais sur les jambes et les cuisses, ces efflorescences bulleuses sont nombreuses ; elles n'existent pas aux régions poplitées, mais sont assez nombreuses sur la région dorsale des pieds où leur volume est semblable à des noisettes et quelques-unes comme des petites noix.

Celle-ci siègent à la partie externe de l'articulation tibio-tarsienne du côté gauche.

Le contenu des plus grosses bulles est jaunâtre.

Les ganglions lymphatiques des régions sous-maxillaires, axillaires et inguinales sont très peu augmentés de volume.

Je dois faire remarquer que toutes ces bulles, grandes ou petites, ne sont entourées d'aucune zone inflammatoire, il n'y a pas de *halo*. Aussi ces efflorescences siègent-elles sur une peau qui a conservé son aspect normal.

Comme on vient de le voir, la malade nous offre une *éruption bulleuse pure* sans d'autres éléments éruptifs et cette éruption évolua de la sorte pendant plus de deux semaines.

Ces efflorescences commencent par avoir de petites dimensions pour arriver un jour ou deux après, aux dimensions de petites et de grandes noisettes et pour quelques-unes plus grandes encore, comme celles des pieds.

Après avoir fait faire la photographie de la malade pour notre collection, photographie qui malheureusement à cause d'un accident n'est pas réussie, pour démontrer cette éruption bulleuse pure, nous fîmes sortir le liquide des grosses bulles à la partie déclive et un pansement avec une pommade au dermatol.

Pour l'insomnie causée par les démangeaisons et les douleurs dont elle se plaint, je lui prescris du trional, du chloral quelques fois et des pilules au valérianate de zinc et de quinine.

Le 12 février. Nouvelle poussée de bulles et de vésicules sur différentes régions de la peau et la malade se plaint toujours de l'insomnie, de démangeaisons et de douleurs siégeant sur les membres supérieurs et inférieurs.

L'appétit n'est pas bon, elle prend un peu de lait.

Nous montrerons plus loin le résultat de l'analyse de l'urine et de l'examen du sang.

Le 15 février l'on constate que presque toutes les bulles se sont affaissées; en même temps, on observe que les parois de ces efflorescences ont pris une coloration rougeâtre, avec une bordure plus rouge encore, violacée.

De même on constate à la surface d'un grand nombre de ces bulles ainsi affaissées, l'existence d'un certain nombre de vésicules distendues par un liquide jaunâtre ou rosé. Sur certaines de ces bulles ainsi affaissées, on constate autour de leurs bords quelques vésicules comme les précédentes; le contenu de ces vésicules est limpide et leurs dimensions varient d'une petite à une grosse tête d'épingle.

Quelques jours après, l'on constate que la surface des bulles ratatinées qui est devenue rouge, s'est agrandie sous forme d'une plaque érythémateuse proéminente et sur certaines parties des membres inférieurs et supérieurs, par confluence, ces plaques constituent des placards simulant l'érythème polymorphe vésiculeux cerclé.

De la sorte, à la place des bulles qui ont commencé de ces manifestations cutanées dans ce cas, après leur affaissement, nous constatons des plaques et des placards érythémato-vésiculeux avec vésicules en cercle et en demi-cercle et une coloration de ces lésions d'un rouge violacé, rouge brique; et par certains endroits, des plaques en cocardes, ou des groupes de vésicules circinées et zoniformes.

La même transformation est constatée tout autour du cou, où à la place des bulles on trouve des plaques d'érythème polymorphe plus grandes que les bulles qui les ont précédées.

Mais sur le thorax et l'abdomen, il y a encore des taches sphériques,

restes de bulles préexistantes, offrant sur leurs bords une couronne de vésicules, contenant un liquide clair, tandis que sur les fesses on constate les mêmes grandes plaques érythémateuses comme celles que nous avons mentionnées sur les membres supérieurs et inférieurs.

Parmi ces plaques érythémateuses entourées d'une zone de vésicules, on en rencontre quelques-unes, présentant deux et même trois couronnes de vésicules, remplies d'un liquide clair.

La malade se plaint toujours de l'insomnie malgré son trional, véronal ou chloral qu'elle prend le soir, elle accuse aussi des démangeaisons sur tout le corps, de maux de tète et des douleurs cuisantes qu'elle ressent davantage sur les membres supérieurs et inférieurs, soit là où l'éruption est plus confluente.

Elle manque d'appétit, transpire de temps en temps et a soif.

Pendant l'évolution de l'éruption, les lésions en cocardes se sont montrées plus souvent : plaques érythémato-vésiculeuses en cocarde.

Sur l'abdomen, il lui est apparu sur des endroits non encore atteints, de nouvelles bulles et quelques-unes sur le reste du corps. Ces bulles étaient toujours bien remplies par un liquide clair-citrin, devenant trouble ensuite.

L'examen bactériologique de ce liquide a été négatif.

L'examen microscopique du liquide des bulles exécuté à plusieurs reprises nous a montré des lymphocytes et rarement quelques polynucléaires.

De même l'examen du liquide céphalo-rachidien, retiré par ponction lombaire, qui nous montre un liquide clair comme l'eau de roche, sorti sans pression ; après centrifugation, il ne nous a rien montré de particulier. Le soir de cette ponction la malade a eu 39° température.

Deux jours après cette ponction, de nouvelles bulles ont paru sur l'abdomen, sur les cuisses, sur la poitrine et autour de la bouche.

Après quelques jours on pratique un nouvel examen microscopique du liquide des bulles pour la recherche des éosinophiles ; il est tout aussi infructueux.

Quelques jours plus tard, une nouvelle poussée de bulles fait son apparition sur les taches, restes de bulles préexistantes et cela sur plusieurs régions de la peau à la fois.

L'examen du sang pris au doigt, nous montre une formule leucocytaire normale ; cet examen a été fait deux fois à différentes reprises.

Après deux jours, un nouveau petit placard de quelques petites bulles est constaté à la commissure droite de la bouche, de même que quelques nouvelles bulles, disséminées ou en groupes se voient sur les membres supérieurs et inférieurs.

25 février. — Les plaques érythémateuses siégeant sur les membres supérieurs et inférieurs font plus de relief et leur couleur est rouge violacé, leur tissu est infiltré. En outre sur la surface de quelques-unes de ces plaques de nouvelles bulles parurent avec les mêmes dimensions qu'auparavant.

On constate entre les croûtelles bulleuses, d'autres nouvelles bulles bien distendues par un liquide citrin qui ont paru depuis hier ; de même nous constatons en quelques endroits, que les restes des croûtes, suite

des bulles, sont soulevés par de nouvelles bulles disposées en couronne.

Je dois même faire remarquer que le plus souvent, les nouvelles bulles se sont montrées sur les places des anciennes et cela plus souvent sur les membres supérieurs et inférieurs.

A cette époque les endroits occupés par les bulles localisées sur le thorax, commencèrent par prendre l'aspect de la peau normale. La démangeaison vers cette même époque est moindre, mais la malade se plaint encore de cuissons ; tout de même, en général, la malade se trouve mieux, elle dort bien et a de l'appétit, bien qu'elle se plaigne de l'apparition de quelques plaques d'urticaire qu'on constate sur le thorax.

En mars. — D'autres nouvelles bulles isolées ou groupées ont apparu sur le visage (paupières, commissures buccales) et sur les extrémités des membres supérieurs et inférieurs, poignets et cous de-pied.

Ce n'est que vers le 15 avril que cette éruption commença par être limitée seulement sur le tiers des régions dorsales, des avant-bras et des jambes et cela symétriquement.

Sur les autres régions, la résorption des infiltrats érythémateux s'est effectuée peu à peu et l'exfoliation des parois des bulles continuant, il en resta sur ces endroits des macules.

Pendant tout ce temps, la malade a été soumise au régime lacté et comme boisson, elle avait de l'eau de Vichy et quelquefois de la limonade phosphorique ; des cachets à l'ergotine et au bromhydrate de quinine.



Fig. 2. — Photographie prise à la sortie de l'hôpital.

Nous lui avons aussi administré aux périodes des poussées de plaques érythémateuses en cocardes, de l'adrénaline à raison de quinze gouttes par jour de la solution Clin à 1 pour 1 000. Des purges salines, une fois par semaine. Mais le valérianate avec le bromhydrate de quinine a été prescrit encore bien plus souvent.

Pendant trois semaines on pouvait voir encore paraître aux bords des plaques érythémateuses limitées comme je viens de le dire, à cette époque

(fin d'avril) seulement aux extrémités des membres supérieurs et inférieurs, une poussée de quelques vésicules remplies toujours par du liquide citrin.

De sorte que c'est seulement vers le premier mai de la même année que toute nouvelle poussée éruptive cessa. Nous gardâmes cependant la malade dans nos salles pendant une douzaine de jours pour nous assurer jusqu'à un certain point de la fin de ces poussées successives qui, comme on vient de le voir, ont duré plus de trois mois, d'une manière presque continuelle.

L'analyse chimique de l'urine, faite par le Dr Demetresco, chimiste, a donné le résultat suivant : pas d'albumine, pas de sucre. On a observé quelques petits groupes de globules rouges, quelques leucocytes et polynucléaires ; de l'hypochlorurie ; l'acide urique 1,12 pour 1 000. Le volume de l'urine, réduit pour 24 heures. L'indican très augmenté.

Le rapport de l'acide urique à l'urée est augmenté $\left(\frac{3.9}{100}\right)$. Ceci indique une désassimilation appréciable des substances nucléiniques. Phosphaturie indiquée par le rapport de l'acide phosphorique à l'azote total, qui est aussi augmenté $\frac{21,5}{100}$.

Le rapport du chlorure de sodium à l'urée est très diminué $\frac{17.9}{100}$; ceci indique une rétention des chlorures par l'organisme, montrant une anomalie-hypofonction du foie.

Le rapport azoturique augmenté.

Cette analyse a été faite le 24 février, c'est-à-dire pendant le premier mois de l'évolution de la dermatose chez notre malade.

L'observation de cette malade suivie d'une manière régulière pendant tout le temps de son séjour dans nos salles, se rapporte-t-elle à la dermatite polymorphe douloureuse herpétiforme subaiguë de Brocq ? Il me semble que oui.

Puisque, s'il est rare que cette entité morbide débute par une éruption bulleuse pure et évolue ainsi pendant plus de deux semaines, il n'est pas moins vrai que l'évolution ultérieure de l'éruption s'est comportée à tous les points de vue, comme cela se passe dans tous les cas de cette dermatose : phénomènes subjectifs, cuissons, brûlures, démangeaisons, douleurs, accompagnées d'insommies, n'ont pas manqué pendant plus de deux mois.

Quant aux phénomènes ou lésions objectifs, nous avons observé chez notre malade le polymorphisme qu'on rencontre le plus souvent chez ces malades. Bulles, vésicules, plaques érythémateuses, plaques d'urticaire plus ou moins étendues, plus ou moins proéminentes et disposées le plus souvent symétriquement, sous forme de plaques d'érythème polymorphe, d'herpes et zostériformes, toujours précédées et accompagnées de phénomènes subjectifs mentionnés et quelquefois par un mouvement fébrile 38-38,5 et le soir après une ponction lombaire, même 39°.

Cependant si après la poussée des plaques érythémateuses et la persistance des phénomènes subjectifs mentionnés, le diagnostic de dermatite polymorphe de Brocq était justifié, je dois l'avouer, que pendant tout le temps des dix premiers jours de son entrée dans notre service, alors que l'éruption n'était que purement *bulleuse*, nous songeâmes à une toxidermie bulleuse quelconque, alimentaire surtout. Car, comme je viens de le dire, je n'ai pas encore observé un seul cas de dermatite polymorphe, dont l'éruption soit purement bulleuse pendant plus de deux semaines comme dans le cas présent. C'est pourquoi, selon moi, je trouve ce cas intéressant et il nous montre qu'on doit être réservé pour formuler un diagnostic dès les premiers jours d'une semblable entité dermatologique, lorsqu'elle débute comme dans ce cas et évolue ainsi un certain temps, par des poussées de bulles sur la peau, avec coloration normale.

La recherche des éosinophiles a été négative dans ce cas, mais on sait que l'éosinophilie se rencontre plus souvent dans les formes chroniques de cette dermatose ; ce n'est donc pas un symptôme constant de cette dermatite polymorphe, type Brocq, variété aiguë ou subaiguë.

Mon cas ne peut pas être considéré comme un cas d'érythème polymorphe, car ainsi que l'a très bien établi Brocq (1) dans son magnifique mémoire, on ne doit plus réserver le nom d'érythème polymorphe qu'au type décrit par Hebra, qui a tout à fait une autre localisation, évolution et symptomatologie. C'est donc d'un cas de dermatite polymorphe douloureuse herpétiforme subaiguë qu'il s'agit dans mon cas, et un cas non récidivant, puisque la petite malade a été suivie par moi en ville, et elle n'a plus eu aucune nouvelle poussée éruptive, il y a de cela déjà deux années.

Quant à la cause qui a donné lieu à cette dermatose dans le cas présent, je ne saurais l'établir quoique la malade nous ait dit que la veille de l'apparition de l'éruption bulleuse chez elle, elle avait mangé des sardines salées.

Comme les cas de dermatite polymorphe Brocq, forme aiguë ou subaiguë, sont pris souvent pour de l'érythème polymorphe (type Besnier), par le travail mentionné, Brocq a rendu encore un grand service à la dermatologie.

De mon côté, je n'ai observé que très peu de cas semblables à celui-ci.

(1) *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie,* nº 1, janvier 1912, pages 1-31.

CULTURE DU GONOCOQUE DANS LE SANG CIRCULANT

Par **Ch. Rey**, Interne des Hôpitaux de Lyon.

(Travail du laboratoire de Parasitologie de la Faculté de médecine de Lyon.)

Le Gonocoque passe, à juste titre, pour très difficile à cultiver. Il exige, en effet, des milieux spéciaux, qui, pour la plupart des auteurs, doivent être albumineux, quelle que soit d'ailleurs la qualité de l'albumine entrant dans leur composition ; — il paraît très sensible aux variations thermiques, et meurt rapidement si, immédiatement après l'ensemencement, il n'est pas exposé à une température convenable ; — enfin, d'après les auteurs qui s'en sont le plus occupés, « la forme classique du Gonocoque, en grain de café, qu'on rencontre toujours dans le pus, est celle qu'on trouve le moins souvent dans les cultures » (de Christmas).

Mais, s'il est toujours difficile d'obtenir une culture typique, la tâche est particulièrement délicate, lorsqu'on cherche à cultiver le sang des malades porteurs de Gonocoques, car, le liquide sanguin n'étant pas très riche en germes, on ne peut faire qu'un ensemencement peu copieux ; et les nombreux auteurs qui ont essayé ces cultures n'ont eu des succès que d'une façon très inconstante.

Il serait pourtant utile, dans certains cas, d'avoir à sa disposition un milieu facile à préparer, et qui permette de cultiver à coup sûr un sang contenant du Gonocoque. Nous avons fait, dans ce but, quelques recherches personnelles, dans le laboratoire du Pr Guiart et ce sont leurs résultats que nous désirons exposer.

Mais voici, auparavant, sommairement énumérés, les différents milieux qui ont été successivement recommandés pour obtenir le développement du Gonocoque, soit en partant du pus blennorhagique, soit en partant du sang gonococcique : leur nombre seul témoigne des difficultés que les expérimentateurs ont rencontrées.

I. — Les différents milieux de culture employés par les auteurs.

Il faut ici considérer deux choses : la réaction du milieu, et sa composition proprement dite.

1. *Réaction du milieu.* — Nous nous trouvons en présence de plusieurs écoles : les auteurs qui accordent seulement à la qualité de cette réaction une importance relative (Wildbolz), et ceux qui, au con-

traire, en font une condition indispensable. Parmi ceux-ci, les uns (Finger, Ghon et Schlagenhaufer, Turro) déclarent que le Gonocoque prospère beaucoup mieux sur les milieux acides ; les autres (Thalmann, Wildbolz, Lipschütz, Picker, Vannod) prétendent qu'il préfère les milieux alcalins.

Nous reviendrons du reste sur cette question dans le cours de notre exposé.

2. *Composition des milieux.* — A. **Culture du pus blennorhagique.** — Les divers milieux qui ont été employés pour cultiver le pus peuvent être divisés en 5 groupes :

1. *Milieux à base de sérum.* — On utilise soit le sérum humain, soit le sérum animal, liquide ou solidifié par la chaleur.

Bumm (1884), le premier auteur qui cultiva le Gonocoque, se servit d'un mélange de sérum humain et de sérum animal solidifié. Anfuso (1891) n'obtient pas de croissance sur sérum de bœuf, et, après lui, la plupart des auteurs signalent la supériorité du sérum humain sur le sérum animal (Wertheim, Steinschneider, Finger, Ghon et Schlagenhaufer, Wright, Steinschneider et Schäffer, Wassermann, de Christmas, Foulerton, Veillon, Scholtz, Groenouw, Stross). Wassermann (1897) recommande cependant un mélange de sérum de porc et de nitrose, avec lequel Axelrad obtient aussi de très belles cultures (1903) ; d'autre part, de Christmas (1897), et M. Sée prétendent que le sérum de lapin donne aussi d'excellents résultats. Mais, pour Kolle et Wassermann, aucun de ces milieux ne peut être comparé à celui de Wertheim (1892), composé d'une partie de sérum humain et de deux parties de gélose.

2. *Milieux à base de liquides pathologiques.* — Ces liquides sont employés isolément ou mélangés à d'autres substances.

Steinschneider (1890) cultiva le Gonocoque sur un mélange de gélose et de liquide d'hydrocèle (1 : 2-3). Depuis on a utilisé divers liquides pathologiques :

Ascite (Scholtz et Cantani, de Chritsmas, Jundell). Pour de Christmas, le milieu de choix est un mélange d'ascite, 1. p., et de bouillon peptoné à 1 pour 100, 3 p., Jundell ne trouve rien à comparer à l'ascite-agar.

Mélange d'ascite et de liquide d'hydrocèle (Lipschütz) ;

Liquide pleurétique (Heiman) ;

Liquide de synovite : pour Anfuso, les résultats y sont meilleurs que sur ascite ;

Urine albumineuse ;

Liquide de kyste de l'ovaire (Wildboz).

3. *Milieux au sang.* — On peut composer ces milieux soit suivant la méthode de la gélose sanglante (Bezançon et Griffon), soit d'après le procédé de Pfeiffer. Abel qui a employé ce dernier n'a eu que de

médiocres résultats. Gebhard (1893) a mélangé du sang placentaire avec 2 parties de bouillon peptoné et gélosé. Foulerton s'est servi de gélose sanglante.

4. *Milieux à base de gélose.* — Il y a longtemps que, contrairement à la loi énoncée par Neisser (« ce qui pousse sur les milieux ordinaires n'est sûrement pas du Gonocoque. »), Bumm (1884) et, après lui, Krause, Leistikow ont cultivé le Gonocoque sur gélose. Des résultats positifs ont aussi été obtenus par Wertheim, Busch, Ghon et Schlagenhaufer (1893).

Enfin, Thalmann (1900 et 1902) et Wildbolz (1902) utilisent aussi la gélose, mais, l'un et l'autre, avec certaines variantes. Tous deux déclarent que ce milieu, acide, ne donne rien ; mais ils ne s'entendent pas sur le degré d'alcalinité auquel il faut s'arrêter. Pour Thalmann, le Gonocoque commence à se développer lorsque le milieu devient neutre au tournesol ; il n'y a plus de croissance lorsqu'il est neutre à la phénolphtaléïne ; l'optimum est obtenu lorsqu'on a ajouté au mélange les deux tiers de la quantité totale de neutralisant nécessaire pour avoir un milieu complètement neutre à la phénolphtaléine. Wildbolz emploie un milieu composé de : bouillon de bœuf 100 ; Na Cl 0,5 ; peptone 1 ; gélose 1,5, faiblement alcalin au tournesol. Baermann (1903), puis Urbahn, Nicolaysen, Busch, Wertheim en recommandent l'emploi ; enfin Vannod (1906) se sert d'un mélange analogue.

5. *Milieux à base d'urine.* — Finger est le premier auteur qui ait songé à essayer l'urine, et il composa un milieu solide contenant 1 p. d'urine et 2 p. de gélose. Dans la suite (1894), il montre avec Ghon et Schlagenhaufer que ce procédé donne toujours des succès, surtout si l'on se sert d'urine acide. Combattue par Christmas (1897), cette méthode échoue entre les mains de Kiefer, Schäffer, Steinschneider.

En 1894, Turro conseille l'urine acide additionnée de peptone qui fournit des colonies abondantes.

B. **Culture du sang gonococcique.** — Dès 1894, Hewes a des résultats positifs, dans une endocardite blennorrhagique, à l'aide d'un milieu qu'il appelle : milieu spécifique de S. H. Wright, mais dont il ne donne pas la composition. En 1901, Lenhartz, dans une affection analogue, obtient aussi des cultures de Gonocoques, mais il ne signale pas non plus la préparation de ses milieux.

Quoi qu'il en soit, les méthodes qui ont été employées sont semblables, ou à peu près, à celles dont nous avons parlé plus haut.

1. *Milieux à base de sérum.* — Silvestrini (1903) se sert du sérum gélosé de Wertheim.

2. *Milieux à base de gélose.* — Sur gélose, Wynn n'obtient pas de développement ; Thayer et Blumer ont un cas positif sur 2 ensemencements.

Sur gélose glycérinée, Colombini, puis Krause ont aussi un succès

sur 2 cas ; Barbiani, à l'examen de ses cultures, trouve des Diplocoques qu'il rapporte au genre Gonocoque.

Duval et Lewis (1905) apportent 2 cas positifs, avec 1 centimètre cube de sang étalé sur gélose dextrinée solidifiée à plat.

3. *Milieux à base de liquides pathologiques.* — Sur liquide d'hydrocèle (gélose-liquide d'hydrocèle, bouillon-liquide d'hydrocèle) Thayer n'obtient pas de culture, Harris et Johnston échouent 2 fois sur 5.

Sur gélose-ascite, Ahman, Colombini réussissent 1 fois sur 2.

Sur bouillon-ascite, Prochaska, Unger, Diggelmann obtiennent des Diplocoques difficiles à identifier; mais, en les reportant sur gélose-ascite, ils trouvent des Gonocoques typiques. Faure-Beaulieu, dans sa thèse, préfère les milieux liquides aux milieux solides, et, parmi eux, le bouillon-ascite en ballons de 400 a 500 centimètres cubes; il réensemence 24 heures après sur gélose ascite, et, en 48 heures, obtient des colonies caractéristiques. Mais cette méthode échoue 3 fois sur 4.

Enfin Lofaro (1911) décrit un procédé avec lequel il a obtenu 36 résultats positifs sur 67 ensemencements. On prend 10 centimètres cubes du sang à cultiver, et on le mélange avec du bouillon liquide de sérum d'ascite, de telle façon qu'il y ait 2 à 3 gouttes de sang pour 10 centimètres cubes de bouillon, et que chaque tube contienne de 5 à 8 centimètres cubes de sang. Ces tubes sont mis à l'étuve à 37° pendant 48 heures. Ensuite, le contenu est mélangé à une plus ou moins grande quantité de bouillon d'ascite, augmentée de parties égales de gélose; on remet le tout à l'étuve pendant 48 heures, après quoi on peut faire l'examen microscopique.

4. *Milieux au sang.* — La gélose au sang, employée par Thayer et Lazéar, Oro donne un succès à Harris et Johnston; Thayer obtient des Diplocoques décolorés par le Gram, groupés en tétrades et en chaînettes.

Sur un mélange de gélose glycérinée et de sang humain, Panichi rapporte plusieurs résultats négatifs.

5. *Milieux à base d'urine.* — Le seul qui semble avoir été employé est l'urine gélosée sur laquelle Colombini, Barbiani ont obtenu des cultures 1 fois sur 2.

II. — Choix d'un milieu.

Parmi tous ces milieux, il en est peu qui soient faciles à préparer et commodes à manier.

Nous avons obtenu sur sérum gélosé, en partant du pus blennorrhagique, de fort belles cultures, que nous avons repiquées sur le même milieu, sur gélose, gélose-urine, urine peptonée ; mais on n'a pas toujours du sérum humain à sa disposition. S'il est vrai que le sérum de

lapin peut le remplacer (de Christmas), il ne faut pas oublier qu'un lapin saigné à blanc donne relativement peu de sang, et que la fabrication de ces milieux exige une quantité assez considérable de sérum.

C'est pour les mêmes raisons que nous avons laissé de côté les milieux au sang et les liquides pathologiques. On pourrait, il est vrai, pour composer les milieux à base de sang, se servir du sang à cultiver en l'incorporant à la gélose au lit du malade ; mais le coulage du mélange en boîtes de Pétri exige des manœuvres compliquées qui amènent les contaminations du milieu (Faure-Beaulieu).

Nous avons donc surtout utilisé des milieux qui présentent les qualités que ceux-là nous refusent.

Dans nos ensemencements de pus blennorrhagique, il en est trois qui nous avaient donné des cultures d'une façon à peu près constante : la gélose simple, la gélose-urine, l'urine peptonée. Sur gélose, nous n'avons jamais pu obtenir qu'une légère couche vernissée, un mince dépoli à la surface du milieu. Sur gélose-urine, nous avons eu des cultures plus abondantes ; chaque fois nous avons pu faire des repiquages, et les Gonocoques gardaient leur forme caractéristique jusqu'à la troisième ou quatrième génération. A partir de ce moment, ils devenaient plus petits, et se coloraient moins intensément ; les repiquages étaient encore possibles, mais l'aspect microscopique ne permettait plus une identification ; les seuls caractères qui persistaient, étaient l'aspect macroscopique des cultures, et la faculté qu'avaient les éléments de perdre le Gram. Enfin, sur urine peptonée, nous avons réussi d'abondantes cultures et de nombreux repiquages, avec des Gonocoques de forme typique.

Nous allons voir d'ailleurs que c'est ce dernier procédé qui nous a donné, pour le sang, les meilleurs résultats.

1. Gélose simple et gélose-urine. — Nous avons essayé des cultures de sang en employant une méthode analogue à celle de Pfeiffer, mais en substituant au sang normal le sang à expérimenter.

Technique. — On a à sa disposition des tubes de gélose simple ou de gélose-urine (gélose : 8 grammes ; eau ou urine : 1 litre) solidifiée à plat. A l'aide d'une ponction veineuse, on prélève aseptiquement sur le malade 1 à 2 centimètres cubes de sang que l'on répand à la surface du milieu. On place le tout à l'étuve à 37°.

Aspect des cultures. — Le lendemain, on peut voir sur la surface ensemencée un mince dépoli, incolore, d'aspect chagriné. La couche est si mince, à ce moment, qu'après quelques minutes d'exposition à une température ordinaire, la buée qui se dépose sur le verre peut arriver à la masquer complètement. Deux ou trois jours après la prise, il existe une véritable pellicule, formée d'un semis de petits points blanc-grisâtre, transparents, semblables aux colonies qu'après ensemencement de pus blennorrhagique, Wertheim a décrit sur sérum gélosé, Ghon et Schlagenhaufer sur gélose peptonée. Dans leurs cultures de sang go-

nococcique, Hewes, Thayer et Blumer, Parrichi, Hawis et Johnston, Krause ont obtenu les mêmes résultats. Ce sont aussi des cultures semblables qu'ont décrites Ahman, Colombini, Barbiani. Il faut signaler la viscosité de ces colonies, qui s'étirent sous l'aiguille de platine, et sur laquelle ont insisté Harris et Johnston.

Les repiquages sur gélose simple sont restés sans succès. Ceux qui furent pratiqués sur gélose-urine donnèrent de très maigres colonies qui moururent en trois ou quatre jours ; du reste la culture mère ne dépassait pas huit ou dix jours.

Examen microscopique. — Nous avons trouvé presque chaque fois des éléments douteux. Les diplocoques qui s'étaient développés ne prenaient pas le Gram ; mais, 1 fois seulement sur 6, nous avons eu des formes en grain de café (sur gélose-urine) ; habituellement il s'agissait de diplocoques sans caractères très définis et de cocci.

Inconvénients. — Ces méthodes sur gélose ou gélose-urine ont donc plusieurs inconvénients. Tout d'abord, elles ne donnent pas de résultats microscopiques très précis. Elles ont en outre des inconvénients pratiques qui sont à considérer : on ne peut pas répandre à la surface du milieu une quantité de sang bien considérable, d'où un ensemencement de germes forcément minime ; d'autre part la couche formée par les colonies est tellement mince que, lorsqu'on fait un prélèvement pour une préparation, on entame en même temps le milieu sous-jacent, et on obtient des préparations qui manquent souvent de netteté.

2. **Urine peptonée.** — Tous ces inconvénients n'existent pas avec l'urine peptonée, qui a été employée par Turro pour cultiver le gonocoque de l'urètre, mais qui n'a encore jamais été utilisée pour la culture du sang.

III. — Culture du sang gonococcique sur urine peptonée.

Composition et préparation. — Nous employons l'urine d'un sujet normal, non neutralisée, à laquelle nous ajoutons de la peptone dans la proportion de 1 pour 100.

Nous avons expérimenté l'urine neutre et l'urine alcaline, avec des quantités de peptone variant de 0 à 2 pour 100. Mais il nous a semblé que la croissance était plus précoce, les cultures plus abondantes et les caractères microscopiques plus nets avec l'urine acide peptonée à 1 pour 100.

L'urine étant filtrée, on y fait dissoudre à chaud une quantité de peptone répondant aux proportions que nous avons indiquées plus haut, et on filtre ; on chauffe de nouveau pendant une demi-heure environ, et on filtre une deuxième fois, pour éviter la formation d'un dépôt qui

se produit ensuite dans les tubes, lorsqu'on ne prend pas ces précautions. On répartit enfin le mélange dans des tubes à essai, à raison de 5 centimètres cubes environ par tube, quantité qui paraît suffisante. On bouche et on stérilise à l'autoclave.

Ensemencement. — On a deux ou trois de ces tubes au lit du malade. On fait une ponction veineuse suivant la méthode habituelle, en ayant soin de prendre toutes les précautions d'asepsie recommandées en pareil cas ; on injecte dans chaque tube 3 à 4 centimètres cubes du

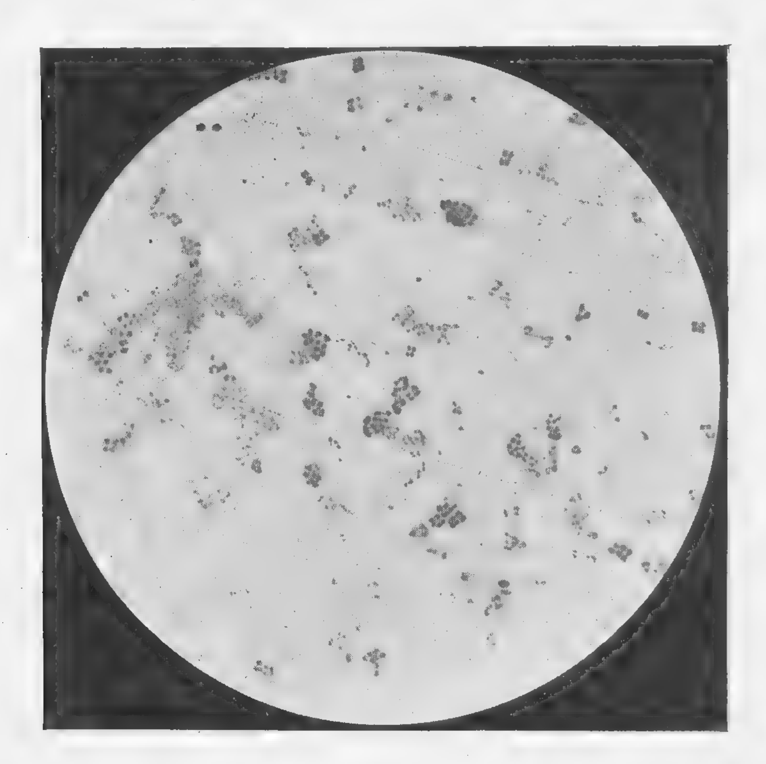


Fig. 1. — Culture de sang gonococcique, troisième jour. Microphotographie. Grossissement = 1 600.

sang que l'on vient de retirer, et on agite légèrement. On n'a pas d'avantage à en ensemencer une plus grande quantité.

Mise à l'étuve. — Une des conditions essentielles pour réussir, est de placer le plus tôt possible les tubes à l'étuve. La température qui paraît le mieux convenir au développement est, d'après la plupart des auteurs, 37° ou 38°.

Aspect des cultures. — Dès le lendemain, le liquide, surmontant le caillot qui s'est formé, est légèrement trouble. Deux ou trois jours après l'ensemencement, voici ce qu'on observe. Le liquide est fortement troublé ; à sa surface existe un léger voile, blanchâtre et comme duveté ; au fond, on peut voir, tapissant la couenne du caillot sanguin,

un autre voile, crémeux, qui vient s'unir par ses bords avec les parois du verre ; entre la surface et le fond, il y a de longs filaments et de nombreuses petites masses blanchâtres, que l'on peut toujours mettre en évidence en agitant légèrement le tube. Bref, on a, à peu près l'aspect des cultures que de Christmas a obtenues avec le pus blennorrhagique sur ascite-bouillon peptoné. Et il semble que le développement est surtout abondant sur les points qui sont plus riches en oxygène.

Il arrive parfois que, deux ou trois jours après l'ensemencement, le

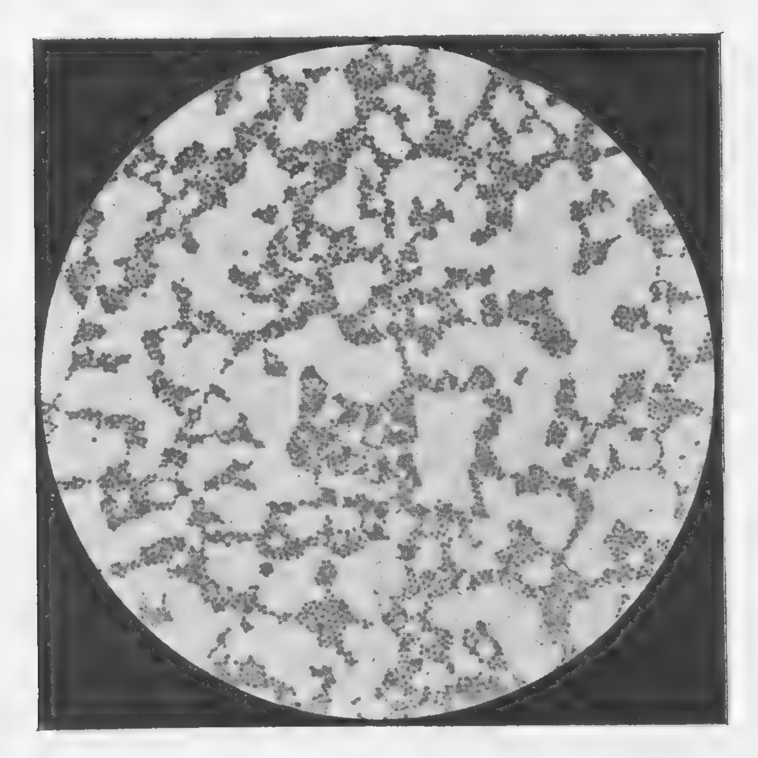


Fig. 2. — Culture de sang gonococcique, dixième jour. Microphotographie. Grossissement : = 1 600.

liquide est resté complètement limpide, et, par conséquent, probablement stérile. Dans ce cas, il sufit d'agiter fortement le tube jusqu'à dissociation du caillot, et, le lendemain, l'aspect est celui que nous avons décrit tout à l'heure. Il semble donc qu'il a suffi d'apporter au milieu un peu d'oxygène, pour que les germes, endormis, se développent avec vigueur.

Avec ce mélange, nous avons pu obtenir de nombreux repiquages, et la forme microscopique des éléments nous a paru se conserver plus longtemps que sur les autres milieux.

Examen microscopique. — Il est difficile de fixer une date optima précise pour faire cet examen. Parfois les gonocoques abondent dès le

lendemain de l'ensemencement; d'autres fois ils manquent totalement jusqu'au quatrième ou cinquième jour. Cependant, nous en avons à peu près toujours trouvé du troisième au sixième jour. Néanmoins, comme dans certains cas, leur développement est très précoce ; dans d'autres leur présence très fugace (on en trouve parfois pendant deux jours seulement) ; il serait sage de faire un examen de la culture au moins tous les deux jours ; sinon, on s'exposerait à compter comme négatifs des cas qui, en réalité, n'en sont pas.

Le plus souvent l'examen peut porter indifféremment sur la partie

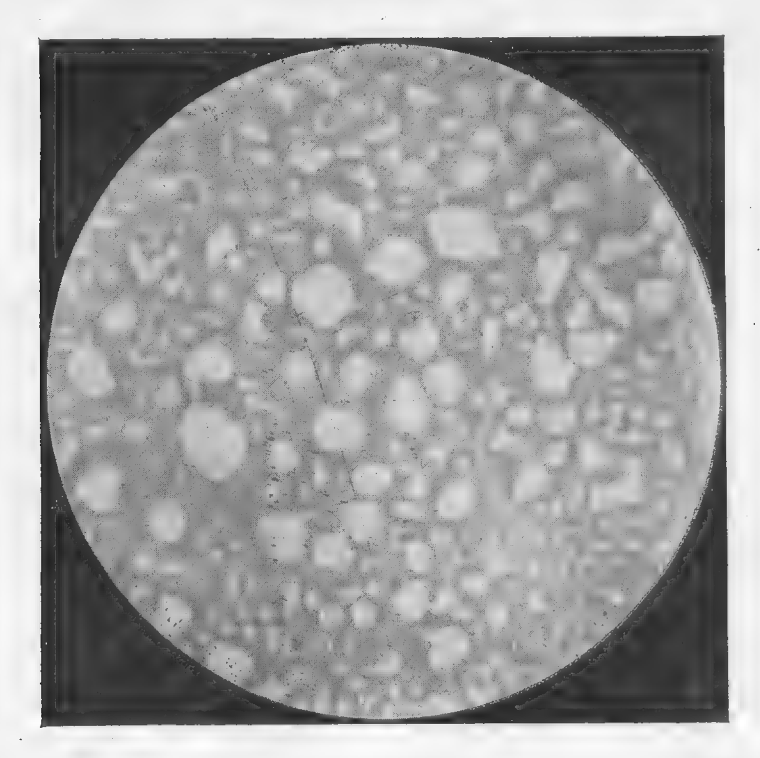


Fig. 3. — Culture de sang gonococcique, quatorzième jour. Microphotographie. Grossissement = 1600.

liquide de la culture, ou sur une parcelle du voile qui tapisse la face supérieure du caillot. Dans ce dernier cas, il suffit de dissocier un fragment dans une goutte d'eau stérilisée. Mais, cette méthode n'ayant généralement aucun avantage, il est plus simple d'examiner le liquide ; ce n'est que dans les cas, très rares, où l'on ne trouverait ainsi aucun élément (2 fois sur 23 dans nos examens) que l'on aurait recours à l'autre procédé.

On prélève donc, avec une pipette stérilisée, une goutte du liquide, que l'on dépose sur une lame. Après dessiccation, on fixe par la chaleur, on colore, et on examine à l'immersion.

Lorsque la culture est jeune (le premier jour par exemple où l'examen est positif), on peut voir les Gonocoques sous leur forme typique. Il faut noter pourtant qu'ils sont généralement moins nombreux que dans les cultures de pus blennorrhagique. Vus à un faible grossissement, ils se présentent, à un examen superficiel, comme des cocci, groupés en petits amas irréguliers, de grosseur inégale, inégalement colorés. Mais deux conditions sont nécessaires pour bien les reconnaître : un éclairage intense et un très fort grossissement. Dans ces conditions, les formations que l'on prenait tout d'abord pour des cocci, apparaissent comme des Diplocoques, dont chaque moitié a la forme d'un grain de café, et groupés souvent par deux, quelquefois par quatre (Axelrad). Parfois il est même possible de saisir les éléments en division (fig. 1).

Dans les cultures plus âgées, les éléments sont plus petits, moins bien colorés, mais cependant en général bien reconnaissables (fig. 2).



Fig. 4. — Schéma montrant les apparences successives que prend le Gonocoque dans les cultures de plus en plus âgées. — *a*) dans le pus blennorrhagique; *b*) dans une culture de 3 jours; *c*) dans une culture de 10 jours; *d*) dans une culture de 14 jours.

Quelquefois, ils sont très clairsemés et demandent à être recherchés avec soin.

Dans les vieilles cultures (à une date qui varie, suivant les cas, du huitième au quinzième jour), leur aspect est bien différent. D'une façon générale, ils se colorent très mal et leurs dimensions ne sont plus du tout les mêmes. Le plus souvent, les éléments ont considérablement diminué de volume, et il est absolument impossible de reconnaître des Diplocoques (fig. 3). Parfois, au contraire, on trouve des formes géantes, rares, très mal colorées, et où il est souvent difficile de dissocier les deux moitiés du Gonocoque.

Enfin, en examinant attentivement les préparations, et en les comparant entre elles, voici les conclusions générales que l'on peut dégager :

1. Dans les cultures jeunes, le Gonocoque se présente sous la forme d'un Diplocoque très net, composé de deux éléments en grain de café, et assez intimement accolés, car le sillon qui sépare ses deux moitiés est un peu plus étroit que chez le Gonocoque du pus blennorrhagique (fig. 4, *a* et *b*).

2. Ce sillon de séparation diminue progressivement de largeur, et, par conséquent, les deux éléments du Diplocoque se rapprochent de

plus en plus l'un de l'autre, à mesure que la culture vieillit (fig. 4, *c*); de sorte que dans les cultures âgées, la fente intermédiaire devient complètement invisible, et les formations qu'on a alors sous les yeux ressemblent absolument à des cocci (fig. 4, *d*).

Diagnostic. — Dans les cas douteux, il faudra donc avoir d'autres moyens de diagnostic.

La décolaration par le Gram aurait une valeur absolue (Weinrich, Heiman, Petit et Wassermann), et les pseudo-Gonocoques seraient toujours différenciés par cette méthode, et par l'aspect des cultures.

Il faut aussi accorder une certaine valeur à la disposition spéciale des éléments sur la préparation, et de Christmas a bien insisté sur ce point : les Gonocoques, contrairement aux autres bactéries, qui s'étalent régulièrement sous le microscope, tendent à se grouper en petits amas irréguliers et ramifiés, ce qui tient sans doute à la viscosité de leurs colonies. Il faut tenir compte de leur inégalité de grosseur et de coloration (de Christmas, Harris et Johnston, Silvestrini).

Lorsqu'il s'agit de vieilles cultures, il est souvent très difficile de les identifier, à moins pourtant qu'on ait la chance de trouver quelques-unes des formes géantes que nous avons signalées. Mais alors, il arrive parfois que le colorant ayant fusé entre les deux moitiés du Gonocoque, masque complètement le sillon qui les sépare : dans ce cas, il sera possible, en plaçant pendant une ou deux minutes une goutte de glycérine entre la lamelle et le porte-objet, de déceler ce sillon intermédiaire, et, par conséquent, de découvrir un Diplocoque où on croyait avoir vu un coccus (Turro).

En tout cas, on ne peut guère se fier à l'inoculation. L'inoculation à l'homme, faite dans quelque cas, ne peut être envisagée sérieusement comme un moyen habituel de contrôle ; et l'inoculation aux animaux, même pratiquée avec des cultures authentiques, ne donne, d'après tous les auteurs, que des succès inconstants.

Quant à la réaction des sucres, on ne peut songer à l'employer avec un milieu acide.

D'ailleurs, lorsqu'on saisit le développement à son début, on obtient des éléments dont la forme caractéristique impose le diagnostic.

Résultats. — Nous avons fait tout d'abord successivement deux cultures de sang chez une malade présentant une endocardite gonococcique probable. Dans les deux cas, nous avons eu des résultats positifs.

Nous avons ensuite cultivé le sang d'un jeune lapin, dans la conjonctive duquel nous avions inoculé une culture de Gonocoques, et qui est mort de septicémie. Nous avons obtenu des éléments caractéristiques.

Depuis, nous avons fait vingt ponctions veineuses à des malades susceptibles de porter des Gonocoques dans le sang (urétrites chro-

niques, ou complications blennorrhagiques en évolution), et sur ces vingt cas, nous n'avons eu qu'un seul cas négatif.

Sur 23 ensemencements de sang contenant du gonocoque, nous avons donc obtenu 22 résultats positifs. Encore faut-il ajouter que le cas négatif se rapporte à un malade chez lequel, par suite d'un accident, on n'a pu prélever qu'un centimètre cube de sang, quantité peut-être insuffisante.

Conclusions.

1. L'urine peptonée est un excellent milieu de culture pour le Gonocoque, du moins pour le Gonocoque contenu dans le sang circulant, car nos recherches sur la culture du pus blennorrhagique sont trop incomplètes pour que nous puissions conclure de ce côté.

2. On a avantage à employer l'urine acide plutôt que neutre ou alcalinisée, et la proportion de peptone qui semble la plus favorable est 1 pour 100.

3. C'est un milieu facile à préparer, qui a l'avantage de pouvoir être utilisable en petites quantités (5 centimètres cubes environ) et de n'exiger qu'une prise de sang peu abondante (3 à 4 centimètres cubes).

4. Nous avons eu des résultats à peu près constants. Et, alors que sur la plupart des autres milieux, on obtient des cocci ou des Diplocoques souvent mal définis, nous avons toujours obtenu des formes en grain de café, sans qu'il fût nécessaire, dans ce but, de réensemencer sur un autre milieu.

5. Ces constatations ont un gros intérêt au point de vue de la clinique. Si en effet, comme les recherches modernes paraissent le démontrer (et nos résultats en sont une nouvelle preuve), les manifestations secondaires de la blennorrhagie sont les conséquences d'une septicémie gonococcique, la culture du sang prend une grosse importance dans certains cas; d'autant que, chez les sujets guéris, même depuis peu, d'urétrites ou de complications blennorrhagiques, nous n'avons jamais trouvé le Gonocoque dans le sang circulant.

La culture peut donc affirmer un diagnostic étiologique resté douteux. Dans un cas elle a pu faire porter celui d'endocardite gonococcique, et il est intéressant de constater la possibilité de pouvoir porter ce diagnostic d'une façon certaine, depuis que certains auteurs, en particulier Jochmann, ont obtenu de bons effets par l'emploi du sérum de Wright. En d'autres circonstances, des arthrites, des orchites, etc., d'origine indéterminée, pouvaient, par le moyen de l'hémoculture, être rapportées à leur cause véritable.

BIBLIOGRAPHIE

Ahman, Zum Frage von der gonorrhoischen Allgemein-Infektion. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis,* 1897, Bd XXIV, p. 995.

Anfuso, Il gonococco di Neisser. *La Reforma med.,* 1891, nº 28, p. 328.

Axelrad, Ueber Morphologie der Colonien pathogenen Bakterien. *Zeitschrift f. Hygiene und Infektion-Krankheiten,* Bd XLIV, 1903, p. 491.

Busch, The cultivation of the gonococcus (Ref. in *Baumgarten's Jahresberichte,* 1898.

Baermann, Ueber Züchtung von Gonokokken auf Thalmannschen gewöhnlichen Agar. *Zeitschrift f. Hygiene,* 1903.

Barbiani, La gonococcemia. *Giornale italiano delli malatti venerei et della pelle,* 1902, p. 9.

Bressel, Ein Fall von Gonokokkenpneumonie. *München med. Wochenschr.,* 1903, p. 562.

Bumm, Beitrag zur Kenntnis der Gonorrhöe. *Arch. f. Gynäk.,* 1884.

Colombini, Bakteriologische und experimentelle Untersuchungen über einen merkwürdigen Fall von allgemeiner gonorrhoischen Infektion. *Centralblatt f. Bakteriologie,* 1898, Bd XXIV, p. 995.

Cantani, Beitrag zum Studium der Gonokokken. *Centralblatt f. Bakt.,* Bd XXIX, p. 19.

De Christmas, Le gonocoque et sa toxine. *Ann. Institut Pasteur,* 1897, nº 7 ; 1900, nº 5.

Courmont J., *Précis de Bactériologie.*

Duval and Lewis, General Septicaemia. *Journ. med. Research.,* 1905, p. 535-542.

Diggelmann, Ueber Gonokokken im Blute bei Polyarthritis gonorrhoica. *Inaugur. Dissertation,* Zürich, 1902.

Frendl, Ueber einen Fall von Endocarditis gonorrhoica. *Wien. klin. Wochenschr.,* 1903, nº 27.

Finger, Ghon und Schlagenhaufer, Beiträge zur Biologie des Gonococcus und zur pathologischen Anatomie des gonorrhoischen Prozessus. *Archiv f. Dermatol. u. Syph.,* Bd XXVIII, 1894.

Faure-Beaulieu, La septicémie gonococcique prouvée par la constatation du gonocoque dans le sang circulant. *Thèse,* Paris, 1906.

Foulerton, Micrococcus gonorrhoeae. *Transact. of the British Institut of preventive medicine,* vol. I.

Ghon und Schlagenhaufer, Beitrag zur Züchtung des Gonococcus Neisser. *Wien. klin. Wochenschr.,* 1893, nº 34, p. 619.

Gebhard, Der Gonococcus Neisser auf der Platte und in Reinkultur. *Berl. Klin. Wochenschr.,* Bd XXIX, nº 14.

Groenouw, Gräfes. *Arch. f. opht.,* Bd LII.

Hewes, Two cases of gonorrhoeal rheumatism with specific bacterial organism in the blood. *Bostoo medical and surgical journal,* 1894, vol. XXXI, p. 515.

Harris et Johnston, *John Hopkins Hospital Bulletin,* 1902, sept., p. 236.

Heiman, Fürther studies (third series) on the gonococcus (Neisser). *Medical Record,* nº 1419.

Jundell, Experimentale och Klin. undersökningar öfver Gonococcus Neisser. *Hygiea,* Bd LXII, 1900, nº 6, p. 604-645.

Jochmann, Ueber Endocarditis septica. *Berliner Klin. Wochensch.,* mars 1912, nº 10.

Kolle et Wassermann. *Handbuch der pathogenen Mikroorganismen,* 1903, III, p. 166.

Krause, Zwei Fälle von Gonokokkensepsis mit Nachweiss der Gonokokken im Blut bei Lebzeiter der Patienten. *Berl. Klin. Wochenschr.,* 1904, p. 492.

— Die Mikrokokken der Blennorrhöe neonatorum. *Centralblatt f. prakt. Augen heilk.,* 1882.

LENHARTZ, Ueber die septische Endocarditis. *Münch. med. Wochenschr.*, 1901, nos 28 et 29.

LUCAS, L'endocardite blennorragique. *Thèse*, Paris, 1907-1908.

LIPSCHÜTZ, Ueber einen einfachen Gonokokkennährboden. *Centralblatt f. Bakt.*, Bd. XXXVI, p. 743.

LOFARO, Il Policlinico Sez. Chirurg. Rome. 1911, XVIII, 49 (Ref. in *Brit. med. journ.*, 3 févr. 1912 : Gonorrhoea aud Gonococcus in Blood).

LEISTIKOW, Die Bakterien bei den venerischen Krankheiten. *Charité-Annalen*, 1882.

MICHAELIS, Ueber Endocartis gonorrhoica und andere gonorrhoische metastasen. *Internationale Beiträge zur inneren Medizin*, Bd II, 1902, p. 241.

NEISSER, Ueber die Bedeutung der Gonokokken für Diagnose und Therapie. *Verhandlungen der deutschen dermatologischen Gesellschaft*, I, Kongress, 1889.

NICOLAYSEN, Bemerkungen über das Verhalten des Gonococcus zum Agar (Referat in *Münch. med. Wochenschr.*, 1901, no 27).

ORO, Contribuzione alla patogeni del processo blennorragica con speciale riguardo alla cura delle complicazione a distanza. *Giornale internazionale della scienze mediche*, 1902, p. 291.

PICKER, Bakteriologische Studien über den Gonococcus. *Wien. Klin. Wochenschr.*, 1906, no 43.

PANICHI, Due casi di gonococcemia. *La settimana medica*, août 1899, no 34, p. 397.

PROCHASKA, Ueber die gonorrhoischen Allgemein. Infektionen. *Arch. f. pathologische Anatomie*, Bd CLXIV, p. 492-506.

— Bakteriologische Untersuchungen bei gonorrhoischen Allgemein. Infektionen. *Deutsch. Arch. f. Klin. Medizin*, 1905, Bd LXXXIII, p. 184.

PETIT et WASSERMANN, Sur les microorganismes de l'urètre normal de l'homme. *Ann. des mal. des org. génito-urinaires*, 1891.

SCHOLTZ, Beiträge zur Biologie des Gonococcus. *Arch. f. Dermat. u. Syph.*, Bd XLIX, Heft 1.

STEINSCHNEIDER, *Berl. Klin. Wochensch.*, 1890.

— *Berl. Klin. Wochenschr.*, 1893.

— Zur Biologie der Gonokokken. *Berl. Klin. Wochenschr.*, 1895, no 45.

— Ueber die Differenzierung der Gonokokken durch das Züchtungsverfahren und das Färbungsverfahren. *Wien. med. Wochenschr.*, 1897.

STEINSCHNEIDER und SCHÄFFER, *Berlin. Klin. Wochenschr.*, 1897, no 45.

SILVESTRINI, Poliarthrite, endocardite, septicemia gonococcia. *Revista critica di clinica medica*, 1903, no 25, p. 385.

STROSS, Ueber das Wachstum der Gonokokken auf serumhaltigen Nährboden. *Centralblatt f. Bakt.*, Bd XXXVIII, p. 491.

SCHANTZ und FRITZ, Ueber die Variabilität der Gonokokken. *Deutsch. med. Wochenschr.*, 1904, no 10.

STANZIALE, Die Bakterien der Harnröhre unter normalen Verhältnissen und bei Gonorrhöe. *Centralblatt f. Bakt.*, Bd XLII, p. 19.

THALMANN, Züchtung der Gonokokken auf einfachen Nährboden. *Centralblatt f. Bakt.*, Bd XXVII. p. 24.

— Zur Biologie der Gonokokken. *Centralblatt f. Bakt.*, Bd XXXI, p. 678.

THAYER et BLUMER, Endocardite ulcéreuse blennorragique. Septicémie d'origine blennorragique. *Arch. méd. expérim.*, 1895, t. VII, p. 701-718.

THAYER et LAZÉAR, A second case of gonorrœal septicæmia and ulcerative endocarditis ; mith observations repose the cardiac complications of gonorrhœa. *Journal of experimental medicin*, 1899, vol. VI, p. 81-116.

THAYER, On gonorrhœal septicemia and endocarditis. *American journal of medical sciences*, 1905, vol. CXIII, p. 751-779.

TURRO, Gonokokkenzüchtung und Künstlicher Tripper. *Centralblatt f. Bakt.*, Bd XVI, p. 1.

UNGER, Gonokokken in Blut bei gonorrhoischen Polyarthritis. *Deutsch. med. Wochenschr.*, 1901, no 51.

URBAHN, Ein Beitrag zur Gonokokkenlehre. *Arch. f. Augenheilkunde*, Bd. XLIV.

VANNOD, L'agar ordinaire, comme milieu de culture du gonocoque. *Centralblatt f. Bakt.*, Bd. XL, p. 162.

Veillon, *Annales de dermat. et de Syph.*, 1898.
Wassermann, *Berl. Klin. Wochenschr.*, 1897, n° 32.
— Ueber Gonokokkenkultur und Gonokokkengift. *Zeitschr. f. Hyg.*, Bd. XXVIII, 1897.
— Ein durch Gelingen der Reinkultur bewiesenen Fall von Endocarditis gonorrhoïca. *Münch. med. Wochenschr.*, 1901, n° 8.
Wolff und Willy, Ueber Gonokokkensepticopyoämie. *Zeitschr. d. med.*, 1902 n° 11.
Wildbolz, Zur Biologie der Gonokokken. *Centralblatt f. Bakt.*, Bd XXXI, n° 4.
— Erwiderung auf die Mitteilung von Herrn Dr Thalmann. *Centralblatt f. Bakt.*, Bd XXXII, n° 4.
Widal et Faure-Beaulieu, Endocardite blennorragique. Constatation du gonocoque dans le sang pendant la vie, et sur les végétations valvulaires après la mort. *Bull. de la Soc. méd. des Hôp.*, 1905, p. 613.
Wynn, General gonococcal Infection. *The Lancet*, 1905, p. 352.
Wertheim, Ueber die Herstellungen von Culturen des Gonococcus. *Deutsch. med. Wochenschr.*, 1891, n° 50.
— Die ascendierende Gonorrhöe beim Weibe. *Arch. f. Gynäk.*, Bd XLII, 1892.
— Bakteriologische und Klinische Studien zur Biologie des Gonococcus Neisser, *Id.*
— *Arch. f. Dermat. u. Syph.*, Bd LI.
Wight, On the cultivation of the gonococcus from cases of gonorrhea, ophtalmia purulente and pyosalpinx. *The American Journal of the medical sciences*, 1895, février.
Weinrich, Recherches sur la coloration du gonocoque. *Ann. mal. org. gén.-ur.*, 1898, p. 504.

REMARQUES SUR LE TRAITEMENT ABORTIF DE LA SYPHILIS PAR LE SALVARSAN ET SUR LA TOXICITÉ DE CELUI-CI

Par le Dr **Rudolf Kufting** (Christiania),
Privatdocent de l'Université de Christiania.

En qualité d'étranger s'intéressant beaucoup à la médecine française et la suivant depuis longtemps attentivement et par la littérature et par des visites annuelles aux hôpitaux de Paris, j'ose espérer qu'il me sera permis de participer à la discussion sur le traitement de la syphilis, par le Salvarsan. J'ai employé ce médicament pendant un an et demi, comme traitement principal de la syphilis ; je voudrais brièvement exposer mes résultats.

Quand des collègues français ont appelé le Salvarsan d'*Erhlich* un produit dangereux et un violent poison pour le système nerveux, cela ne correspond en rien aux résultats de mes expériences.

J'ai au contraire l'impression que ce médicament employé d'une manière prudente est très peu toxique aux doses efficaces.

En un an et demi j'ai fait 600 injections intraveineuses à des malades de ma consultation privée, tous traités ambulatoirement et trois fois seulement le malade a dû s'abstenir de travailler le lendemain parce qu'il éprouvait quelque malaise.

Je ne compte pas une série d'injections sous-cutanées de « 606 » que j'ai faites avant que le remède ne fût dans le commerce. Cette méthode a des inconvénients nombreux, que je n'ai pas besoin de mentionner.

Je n'ai pas été à même de faire un aussi grand nombre d'injections que dans beaucoup de grandes consultations étrangères, mais le nombre plus restreint des malades qne j'ai pu suivre me fournit cependant des renseignements précieux au sujet de l'effet durable du traitement.

Les malades d'un grand hôpital ne peuvent pas être suivis aussi consciencieusement et d'ordinaire les médecins des hôpitaux ne revoient plus ou ne revoient guère ces malades une fois sortis de l'hôpital.

Les cas où le traitement par le Salvarsan semble agir avec une régularité remarquable sont chez des malades qui viennent se faire traiter avec des chancres si récents que la réaction de Wassermann n'est pas encore devenue positive, c'est-à-dire des malades, dont la contagion ne remonte qu'à 4 à 6 semaines. J'ai eu à traiter 18 malades hommes atteints de *chancres avec spirochètes et Wassermann négatif.* Je leur ai fait à chacun trois injections de Salvarsan de 0 gr. 50 ou 0 gr. 60, espacées d'environ trois semaines. Aucun de ces malades n'a eu d'accidents

secondaires et la réaction de Wassermann s'est constamment maintenue négative. Six d'entre eux ont été observés pendant environ un an ; j'ai examiné leur sang à des intervalles réguliers et la réaction a toujours été négative.

Un de ces six malades a été réinfecté six mois après le premier chancre.

Ce cas a été rapporté dans la *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1911, n° 31, comme *un cas certain de réinfection* chez un malade qui a été traité par Salvarsan et a été contrôlé par le Pr Boeck et moi-même.

Huit autres cas ont été suivis pendant environ six mois sans qu'il soit apparu d'accidents secondaires et la réaction de Wassermann s'est maintenue négative.

On peut donc dire qu'à *cette époque de la syphilis, trois injections de Salvarsan semblent agir avec une telle régularité qu'on a le droit de parler d'un traitement abortif par cette méthode.*

J'ai observé trois cas (hommes) *de chancre syphilitique avec spirochètes et la réaction de Wassermann faiblement positive.*

Ce petit groupe de cas, après trois injections de Salvarsan, a donné les mêmes résultats que les 18 précédents. Dès la première injection la réaction de Wassermann est devenue négative et ici, non plus, je n'ai jamais vu de récidive.

Trois de ces cas ont été observés pendant un temps trop court pour qu'il soit encore permis de parler d'une guérison possible. Pour ces cas je n'ai pas la même confiance que j'ai pour les précédents.



54 malades (52 hommes, 2 femmes) atteints *de syphilis secondaire ou primaire avec réaction de Wassermann fortement positive* ont reçu un traitement régulier composé de trois injections intraveineuses. Ces cas se sont comportés presque comme ceux déjà cités. Après un an ou six mois, il n'y a pas de récidive ; la réaction de Wassermann est devenue négative après deux ou trois injections et restée telle.

De cette règle j'ai observé six exceptions. Deux malades ont eu, malgré trois injections de Salvarsan, des récidives cutanées légères.

Dans deux de ces cas la syphilis récidivait commme une angine syphilitique et dans ces quatre cas la réaction de Wassermann, négative après les trois injections, est redevenue positive plus tard. Les récidives ont été rapidement influencées par une quatrième injection, les malades en ont même reçu une cinquième.

Dans les deux derniers cas la réaction de Wassermann s'est maintenue positive, malgré le traitement, mais il n'y a pas eu de récidive des accidents secondaires.

Les injections n'ont pas, dans ces deux cas, comme d'ordinaire, été pratiquées à intervalles réguliers de trois semaines.

Je laisse de côté un certain nombre de cas de syphilis primaire et

secondaire qui n'ont été traités que par une ou deux injections de Salvarsan et qui ont été insuffisamment suivis.

Après une seule injection de Salvarsan dans les cas récents les récidives sont de règle. Pourtant j'ai vu 13 cas de syphilis secondaire récente qui après une seule injection de Salvarsan n'ont pas eu de récidives, la réaction de Wassermann restant négative pendant plus d'une année.

Je ferai remarquer que tous les cas cités ont été traités par le *Salvarsan seul* sans autre traitement.

Dans quelques cas de syphilis secondaire plus avancée avec localisations spécialement dangereuses, par exemple de localisations *cérébrales* le remède a été efficace mais on a dû répéter les injections jusqu'à cinq ou six fois.

J'ai souvent vu que le traitement a eu un effet rapide dans les cas de *syphilis tertiaires,* mais dans plusieurs cas la réaction de Wassermann n'a pas été influencée malgré trois ou quatre injections.

Dans sept cas de *tabes* j'ai observé un effet favorable. Dans d'autre cas, pas d'effet net.

Dans trois de ces sept cas et qui étaient à considérer comme des cas de *tabes commençant,* les réflexes sont revenus mais la réaction de Wassermann n'a pas été influencée par trois injections de 0 gr. 40 à 0 gr. 50 de Salvarsan.

Je cite seulement en passant des cas de syphilis *hépatique et cérébrale* certaine où le Salvarsan a été d'une efficacité étonnante.

Beaucoup d'auteurs ont fait connaître des cas semblables.

Je voudrais montrer que le traitement précoce et régulier par le Salvarsan est de beaucoup supérieur au traitement chronique et intensif par le mercure et que le traitement par le Salvarsan a beaucoup d'avantages d'ordre social.

Le traitement se fait facilement par le médecin à la consultation et n'exige pas beaucoup de visites. Et ce traitement bien suivi a aussi cet avantage hygiénique que les accidents secondaires contagieux font défaut. On doit donc être très satisfait d'avoir un moyen si efficace.

Des multiples effets nocifs dont on accuse ce remède, des *neuro-récidives,* je n'ai pas grand chose à dire. Moi aussi je les ai observés quelquefois dans des cas de syphilis secondaire, mais j'ai l'impression très ferme, que ces « neuro-récidives » sont des récidives syphilitiques.

M. Ehrlich lui-même parle de ces récidives et les explique par la difficulté que le Salvarsan éprouve à atteindre les spirochètes dans les tissus très pauvres en vaisseaux des nerfs.

Les neuro-récidives après le traitement par le Salvarsan ne sont pour M. Ehrlich, que l'expression d'une « sterilisatio fere absoluta ».

L'exactitude de ce raisonnement paraît ressortir du fait que l'on peut éviter ces récidives en instituant de bonne heure un traitement intensif.

Il est remarquable que ce sont les médccins qui n'ont que peu employé le Salvarsan qui ont vu le plus d'effets nocifs de même que ce sont eux aussi qui ont eu le plus de cas de morts.

Il sort du cadre de ce petit travail d'expliquer les différents cas de mort, après le Salvarsan, rapportés dans la littérature. Je ne puis pourtant m'empêcher de dire que j'ai l'impression qu'on a dans ces cas fait les injections à trop courts intervalles ou qu'il y a eu des fautes de technique.

On ne doit pas faire des injections intraveineuses à hautes doses à moins de 14 jours d'intervalle. D'ordinaire je les ai faites à trois semaines d'intervalle.

Je voudrais surtout insister sur ce fait, qu'on n'a pas à craindre la toxicité de ce remède excellent contre la syphilis et que le traitement ambulatoire se fait facilement à la consultation du médecin et sans assistance.

VIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE. — ROME, 8-13 AVRIL 1912.

(*Suite.*)

COMMUNICATIONS DIVERSES

Bertarelli (Milan). — *Traitement de la lèpre par les injections d'acide phénique.* — Il attire l'attention sur les bons résultats que peut fournir l'acide phénique dans certains cas de lèpre. Il cite l'observation d'un malade porteur de lésions achromiques et hyperchromiques, de nodules disséminés, phénomènes d'hyper et d'hypoesthésie, et fièvre chez lequel la température revint à la normale tandis que les tumeurs cédaient à des injections locales. On emploie des doses journalières de 3 à 20 centigrammes par injections intrafessières d'une solution à 1 ou 2 pour 100 ; en injection hypodermique locale le maximum fut de 7 centigrammes. Au total le malade reçut en 7 mois 15 grammes d'acide phénique sans aucune réaction du côté des reins.

Petrini de Galaz (Bucarest). — *Où en sommes-nous avec le traitement de la lèpre.* — Il ne faut pas perdre de vue que la résorption spontanée des lépromes est fréquente.

Le sérum de Carrasquilla ne lui a rien donné ; au contraire il a observé des poussées au cours du traitement. La nastine de Deyke est très douloureuse ; ses résultats sont contestés, tout comme ceux de la nastine B. Nous ne possédons pas de médication spécifique.

Les malades tolèrent bien le chaulmogra sous forme de potion ou une dose d'un gramme d'huile de chaulmogra associée au bicarbonate de soude dans un véhicule fortement aromatisé par l'huile de menthe, la teinture de cannelle, etc. et que le malade prend par moitié aux 2 principaux repas. Les malades arrivent à prendre ainsi jusqu'à 18 grammes par jour.

Le sublimé peut donner parfois des résultats. L'hectine est très irrégulière et le plus souvent sans effet. Il en est de même du Salvarsan.

L'auteur considérant le peu de progrès faits dans la thérapeutique de la lèpre demande au congrès de prendre l'initiative de la fondation d'un prix en vue duquel il s'inscrit pour cinq cents francs.

Peyri (Barcelone). — *Le 606 dans la lèpre. Influence sur le Wassermann dans cette maladie.* — Dans la lèpre le Salvarsan ne peut être considéré comme un agent curatif mais les analogies cliniques,

anatomiques et biologiques aussi bien que le fait d'être un arsenical autorisent à l'employer.

Sous son influence les lésions lépreuses sont modifiées et son action semble plus puissante que celle du chaulmogra, de l'antileprol et du sérum de Carasquilla. Les formes tubéreuses récentes et les lésions des muqueuses sont celles qui sont le plus sensiblement améliorées. En dehors des cas très récents il ne doit pas être employé dans les formes anesthésiques.

L'état général est amélioré. Les bacilles diminuent de nombre ; les lépromes évoluent vers la dégénérescence. Le Wassermann n'est pas modifié avant un an de traitement. En somme, le 606 associé au chaulmogra paraît le plus énergique des traitements actuels.

Falcao (Lisbonne) rend compte de ses études sur les lésions initiales de la lèpre. Il présente la description des symptômes qu'il a observés pour la première fois sur des individus atteints de lèpre.

Piccardi (Turin). — *L'antileprol dans le traitement de la lèpre.* — Il a essayé dans six cas de lèpre l'antileprol (éther méthylique de l'huile de Chaulmogra). Il est plus facilement toléré et possède les mêmes effets thérapeutiques (cicatrisation, résorption des formes nodulaires, réapparition des sensibilités tactiles et à la douleur sur les nodules). Son action est nulle dans les formes anesthésiques. On peut admettre qu'il contient la partie active de l'huile de Chaulmogra et qu'il possède son action spécifique dans le traitement de la lèpre.

Nicolas (Lyon) montre que les syphilitiques secondaires, tertiaires et quaternaires, cliniquement non tuberculeux réagissent en à peu près aussi grand nombre et d'une façon au moins aussi intense que les tuberculeux avérés aux inoculations de tuberculine selon les méthodes de Von Pirket et Mantoux ou à l'injection hypodermique. On ne peut donc user de ces procédés pour le diagnostic différentiel.

Burzi. — *La tuberculine dans le diagnostic de la syphilis.* — Il a constaté que les cuti, intradermo et hypodermo-réactions à la tuberculine sont les mêmes chez les sujets syphilitiques ou non. Il décrit minutieusement les signes auxquels doit se reconnaître la spécificité de la réaction à la tuberculine.

Il a essayé en vain d'obtenir une séroréaction en employant comme antigène le sérum de cet auteur et affirme la signification spécifique par rapport à la tuberculose des réactions à la tuberculine.

Fontana (Turin). — *Sur le diagnostic de la syphilis au moyen de l'intradermoréaction.* — Il a obtenu des résultats encourageants par l'intradermoréaction à la syphiline de Nicolas, Favre et Gauthier, qui a donné 53 pour 100 de résultats positifs chez les syphilitiques avérés,

12, 5 pour 100 chez des sujets sains en apparence et 9 fois sur 13 tertiaires.

Nicolas (Lyon) dit que le principal obstacle à sa méthode est la difficulté d'obtenir de façon constante une syphiline active.

Nicolas et Favre (Lyon). — Dans les formes ulcérées ou non de syphilis tertiaire, dans les syphilides gommeuses on trouve d'une façon a peu près constante (14 fois sur 25) des formations tuberculoïdes (cellules géantes, cellules épithélioïdes uni ou multinucléées) et parfois de véritables nodules lupiques typiques. Le diagnostic différentiel entre la syphilis et la tuberculose est parfois impossible. Il importe donc de reviser une partie de l'histoire des lésions dites tuberculeuses et de ne plus considérer une lésion comme telle à l'exclusion de la syphilis sur le simple fait de la constatation au microscope de formations tuberculoïdes.

Hofmann fait remarquer qu'il a depuis longtemps signalé les formations tuberculoïdes au cours de la syphilis. Il les a tout particulièrement décrites dans la syphilis expérimentale de la cornée du lapin.

Stanziale (Naples). — *Nouveaux résultats des inoculations de matériel lépreux dans la chambre antérieure de l'œil du lapin.* — Il a obtenu par l'inoculation de fragments de lépromes dans la chambre antérieure de l'œil du lapin les résultats suivants.

Des foyers granulomateux avec bacilles lépreux se développent dans l'épaisseur de la cornée, à distance du fragment inoculé et du trajet d'inoculation. De nombreux foyers se développent aussi sur l'iris. La séro-réaction des animaux dont l'inoculation réussit devient positive. Le passage en série s'obtient également.

Lombardo (Pise). — *Etudes sur la vaccinothérapie de la trychophytie et du favus.* — Dans les formes torpides de l'enfant et de l'adulte et dans le favus la vaccination avec des extraits de dermatophytes n'a aucune action. Le bénéfice qu'on en obtient dans les formes profondes ne justifie pas, sauf en des cas exceptionnels, une application qui n'est pas sans inconvénients.

La vaccination au moyen d'hyphomycètes vivants ou morts ne donne chez l'animal d'expérience de résultats ni préventifs ni curatifs. La vaccination préventive lorsqu'elle donne des résultats préventifs chez l'homme et les animaux n'est pas pratique ; la prophylaxie est plus simple.

La majeure partie des tentatives de vaccination curative chez l'homme est restée sans résultat.

Pecori (Rome). — *Les trychophyties de la province de Rome.* — Le favus y est rare en dehors des campagnes. Il a rencontré 51 fois le

tr. violaceum, 1 le glabrum, 17 le cérébriforme, 0 l'acuminatum, 2 le gypseum astéroïdes, 7 l'umbilicatum et 25 fois une espèce voisine du fumatum. Les formes torpides étaient en majorité et il ne semble pas qu'il y ait relation entre la forme clinique et une espèce donnée de parasite.

Jamais il n'a rencontré le microsp. Audouini et dans les 3 cas observés a vu 2 fois le M. villosum et une fois le pubescens.

Nicolas et Favre (Lyon). — *Histologie des syphilides tertiaires.* — La syphilis tertiaire donne lieu à deux types de lésions gommeuses ou dégénératives. Un premier type répondant à l'ancienne description des gommes syphilitiques est dû à une nécrose en masse par ischémie artérielle, brusque, totale, d'un territoire cutané, provoquant la destruction d'un véritable séquestre.

Un deuxième type qui comprend la presque totalité des lésions syphilitiques dégénératives se rencontre dans les organes comme dans la peau ; il aboutit aux formations tuberculoïdes dont les auteurs ont déjà parlé. Cette seconde forme dériverait d'une ischémie artérielle passagère, peut-être dans certains cas d'un processus de phlébite plutôt que d'artérite.

Petrini de Galaz (Bucarest) décrit deux cas de tuberculides dont l'origine tuberculeuse lui semble bien démontrée. Dans un cas il s'agit de lésions papuleuses de la face et du front chez une malade portant en plusieurs points du corps des tuberculides papulo-nécrotiques et des gommes scrofulo-tuberculeuses sur les jambes. La biopsie a montré des bacilles de Koch. L'inoculation n'a pu être faite.

L'autre cas très analogue présentait en outre une gomme tuberculeuse de la racine du nez.

Watrasewski croit que pour ce dernier cas, il est également permis de songer à la syphilis.

Pasini et Botteli (Milan). — *Nouvelle forme de teigne microsporique : microsporon iris.* — Les deux trichophytons qui semblent se rencontrer le plus souvent dans la région milanaise sont le violaceum et le plicatile. Il ne semble pas qu'il y ait une liaison absolue entre la forme clinique et la variété mycologique. En six ans les auteurs ont observé 83 cas de microsporie déterminés le plus souvent par le M. Audouini (54) et le M. iris de Pasini (27) dont ils présentent des cultures.

Vignolo-Lutati (Turin). — *Les teignes dans la province de Turin.* — Il expose ses recherches faites pendant 3 années sur 198 malades atteints de teigne. Parmi eux 31 favus donnèrent constamment de l'Ach. Schaulein et 17 microspories le micr. Audouini.

Dans les trichophyties le violaceum et l'acuminatum furent avec le cra-

tériforme les plus frèquemment rencontrés. Le cérébriforme a été trouvé dans 9 cas de trichophytie torpide et dans 12 formes inflammatoires. Le plicatilis a été rencontré une fois dans la barbe et 2 fois dans des onychomycoses. Le gypseum granulosum a été trouvé dans un lupus circiné du cou, le farinulentum sur le cuir chevelu (formes inflammatoires), le rosaceum dans des formes torpides de la barbe et du cuir chevelu, le faviforme ochraceum dans des sycosis. L'épidermophyton a été observé 12 fois et parfois avec des localisations très distantes du pli inguinnal.

Majocchi (Bologne). — *Sur le granulome trichophytique.* — Contrairement à ce qui a été soutenu, il doit être nettement séparé des sycosis et des kérions.

Ravogli (Cincinnati) considère que le granulome trichophytique doit être rapproché des granulomes qui se produisent dans les blastomycoses du type Gilchrist.

Capelli (Florence). — *Recherches sur les trichophyties.* — Il constate que dans la province de Florence, 50 pour 100 des trichophyties sont localisées à la barbe et attribue à cette localisation le nombre croissant des cas observés. Le Tr. cérébriforme entre pour 75 pour 100 dans la statistique des trichophyties de la barbe et prédomine également dans les autres localisations. Le violaceum est beaucoup plus rare qu'en d'autres provinces. Les microspories manquent totalement.

L'auteur présente les cultures de deux Trich. qui n'ont pu être encore identifiés ni par lui ni par Sabouraud. Cliniquement, il s'agissait dans un cas d'une forme squameuse, à poils cassés et grisâtres envahie par un parasite du type endothrix; dans l'autre d'un sycosis de la barbe à nodules isolés et dont le parasite très polymorphe d'aspect rappelait beaucoup la trich. faviforme.

Pour la question des endothrix et des ectothrix, l'auteur admet qu'il peut y avoir des faits de passage qui n'empêchent pas la valeur relative de cette classification. La fixité de la forme clinique pour chaque parasite peut également rencontrer des exceptions qu'il a fort bien constatées sur le cérébriforme. On ne peut nier cependant la diversité relative de l'activité pathogène des trichophytons.

La déviation du complément en se servant de champignons comme antigène a donné des résultats positifs assez nombreux dans des sycosis profonds mais sans qu'il y ait une spécificité absolue vis-à-vis du parasite antigène qui jouit d'une fonction de groupe.

Fontana (Torino). — *Sur l'influence du Salvarsan sur le goût et l'odorat.* — L'examen systématique des organes du goût et olfactifs pratiqué sur 45 malades, après une ou plusieurs injections de 606 montre qu'il n'y avait nulle diminution ou modification de ces sens.

Ciuffo (Pavie) a tenté d'obtenir un sérum trichotoxique pour le cobaye, en injectant à des lapins des extraits de poils. Il n'a pu obtenir de résultats spécifiques notables. Mais si l'on met en présence le sérum ainsi obtenu et la substance vaccinante, il se forme un précipité que ne donnent pas les sérums normaux.

BLASTOMYCOSES

THÈME : *Blastomycose, sporotrichose et leurs rapports avec les processus analogues.*

De Beurmann (Paris), rapporteur, expose la question des blastomycoses, ses idées sur leur classification.

(Nous n'analyserons pas ce remarquable rapport, résumé des travaux bien connus de M. de Beurmann et de ses élèves.)

Ravogli (Cincinnati), corapporteur, parle des blastomycoses américaines et montre d'excellentes figures. Il pense que la maladie s'acquiert au contact d'animaux sur lesquels les parasites végètent à l'état saprophytique.

Pasini (Milan), corapporteur, a cultivé très fréquemment des blastomycoses du type Gilchrist provenant de plaies ouvertes de diverses natures. Il en a également rencontré sur des pyodermites végétantes ressemblant cliniquement à la blastomycose de Gilchrist mais sans pouvoir les retrouver à l'examen histologique. Il n'a pas observé de cas de sporotrichose malgré une recherche systématique.

Oppenheim (Vienne). — *Sur 4 cas de blastomycoses observés à Vienne.*— Dans tous les cas le début avait eu lieu à la face ; les lésions rappelaient des formations acnéiques dont le contenu montrait constamment des levures impossibles à cultiver; le traitement iodique donna de bons effets. Dans deux cas la cloison nasale était perforée. Dans un cas on put obtenir une inoculation positive sur le bras.

Le type morbide est différent de ceux de Buschke, de Curtis et de Gilchrist.

Splendore (Sao Paulo, Brésil), corapporteur. — Le début des blastomycoses ne comporte pas de phénomènes pathognomoniques : tantôt les lésions cutanées apparaissent d'emblée sous forme nodulaire ou végétante, tantôt elles sont précédées d'un frisson, suivi parfois de phénomènes pulmonaires. Dans des cas exceptionnels les lésions restent internes.

L'aspect nodulaire des lésions au début peut se transformer en un type pustuleux; puis des végétations verrucoïdes s'élèvent du fond d'une ulcération à bords infiltrés. Les lésions sous-cutanées prennent l'aspect gommeux et après avoir adhéré à la peau, arriver à l'ulcération.

L'auteur rappelle ses travaux sur une forme spéciale qu'il a observée au Brésil. Il en a isolé un parasite auquel il donna le nom de Zymonema Brasiliense.

Il a aussi découvert un nouveau type de sporotrichum qu'il appelle Sp. astéroïdes.

Vignolo-Lutati, corapporteur, démontre combien la constitution actuelle du groupe des blastomycoses est irrationnelle.

La sporotrichose est une maladie rare en Italie. Campana a même soutenu la nature purement saprophytique du processus. L'auteur en a cependant observé un cas et rapporte les observations italiennes.

L'existence saprophytique des sporotrichums sur les végétaux conduit à penser que ce parasite peut s'introduire dans l'organisme et y rester à l'état saprophytique jusqu'au jour où des conditions spéciales sensibilisent cet organisme pour le parasite.

Splendore. — *Leishmaniose à localisation dans les cavités muqueuses. Nouvelle forme clinique.* — La lésion prend sur les muqueuses une forme végétante, d'aspect framboesiforme; elle peut envahir le voile du palais, les alvéoles dentaires, le larynx et le pharynx, entraînant avec des troubles locaux une cachexie très marquée. La maladie débute par de petites élevures pseudo-vésiculaires.

Les corpuscules de Leishmann s'y rencontrent généralement en abondance; sur les amygdales elles peuvent présenter des formes flagellées. Ils semblent, après culture, différer de ceux du bouton d'Orient par la longueur du flagella.

Les efflorescences cutanées guérissent rapidement par le radium celles des muqueuses sont au contraire très résistantes à toute thérapeutique.

Il semble qu'il s'agisse d'une forme morbide spéciale, fréquemment confondue avec les Boubas.

Les recherches tendant à chercher parmi les insectes parasites, le mode de transport de l'agent morbide, sont restées sans résultat.

Radaeli (Sassari). — *Une nouvelle mycose.* — Il a cultivé dans un cas rappelant le pied de Madura un hyphomycète nouveau (monosporium apiospermum Saccardo). Il en présente les cultures et les préparations histologiques, faisant ressortir les différences avec les actinomycoses. Le parasite a été cultivé en partant de foyers clos; il peut servir d'antigène vis-à-vis du sérum du malade. Il détermine des lésions chez l'animal d'expérience (arthrites, nodules cutanés ou de l'iris) et et aussi des phénomènes d'immunisation.

Balzer, Burnier et Gougerot (Paris) ont observé une mycose nouvelle caractérisée à son début par une pustulette acnéiforme et arrivant à la production d'ulcérations superficielles avec pertuis multiples en écumoire communiquant avec des micro-abcès profonds. La culture donna un nouveau parasite pathogène, le mycoderma pulmoneum. Le sang du malade agglutinait au 1/100e ce parasite. La W. était négative.

Ils ont également trouvé dans des gommes hypodermiques et hypodermo-dermiques survenant par poussées chez une femme un parendomyces dont la séro-agglutination par le sérum du malade était positive alors qu'elle était négative pour le sporotrichum Beurmanni.

Thibierge Georges (Paris). — *Sur un cas de blastomycose cutanée observé à Paris.* — Dans une biopsie faite par M. Ravaut on a constaté la présence d'un blastomycète. C'est la première observation française de blastomycose exclusivement cutanée et rappelant les cas de Gilchrist.

Piccardi (Turin). — *Contribution à l'étude de l'erythema elevatum et diutinum.* — La lésion consiste en papules et plaques rondes, d'un blanc rosé, d'aspect chéloïdien se modifiant rapidement du soir au matin.

Le traitement arsenical donna une guérison rapide. L'étiologie reste inconnue. L'auteur rapproche ce cas de celui d'Audry (érythémato-sclérose) et de Della Favera. L'affection semble indépendante de celle qu'on désigne sous le nom de granulome annulaire.

Majocchi. — *Sur le purpura annularis telangiectodes.* — Il fait un tableau de la maladie qu'il a décrite sous ce nom.

Balzer (Paris) a observé un cas analogue à ceux de Majocchi. Il n'y avait pas de lésions pulmonaires. L'auscultation et la cutiréaction n'ont pu être pratiquées, mais le mauvais état de la malade la rendait très suspecte de tuberculose.

Arndt (Berlin) a été le premier en Allemagne à observer cette dermatose et en a rencontré 15 cas en 2 ans.

La maladie se développe sur les extrémités par taches d'un brun rougeâtre, ne s'effaçant pas à la pression. Le grattage provoque des hémorragies mais pas d'urticaire factice. Aux jambes on note une légère desquamation. Histologiquement on observe la dilatation des vaisseaux, des hémorragies, de faibles lésions inflammatoires périvasculaires. Ces lésions sont en somme moins marquées que cliniquement.

L'auteur n'a rien remarqué qui puisse faire soupçonner l'étiologie. Les sujets, des hommes en majorité, étaient bien portants.

Oppenheim (Vienne) constate qu'en un certain nombre de cas l'his-

tologie montre des lésions qui permettent de croire à une origine tuberculeuse (cellules géantes, caséification).

Vignolo-Lutati (Turin) a vu le purpura annulare chez un sujet de 24 ans suspect de tuberculose. Histologiquement on distingue trois phases : télangiectasie, hémorragie et atrophie. Si la tuberculose a été constatée dans quelques cas, on ne peut pour tous admettre cette étiologie. La maladie pourrait être considérée comme l'aboutissant d'actions toxiques de diverse nature, parmi lesquelles le rôle du système nerveux ne doit pas être oublié.

Nobl (Vienne). — *Démonstration de moulages de maladies rares.* — Il décrit un cas dont il ne connaît pas d'analogue dans la littérature. Il s'agissait d'un homme de 60 ans portant sur le thorax et les bras des formations d'aspect épineux, paraissant d'origine folliculaire, sans modification du tégument ni traces d'inflammation. L'examen microscopique montrait que ces épines consistent en faisceaux de 30 à 40 cylindres cornés remplissant les follicules et qui doivent être considérés comme des cheveux.

L'auteur présente la troisième observation connue de lymphogranulome papuleux, avec les résulats de l'autopsie et des moulages montrant une éruption de la grosseur d'un pois. Dans divers organes on retrouvait des lésions analogues à celles de la peau (granulome à grosses cellules mononucléées).

Polland, Matzenauer et Kreibich. — *La pathogénie des angioneuroses.* — Ils discutent la pathogénie des angioneuroses. Kreibich soutenant qu'une irritation nerveuse peut à elle seule déterminer une inflammation tandis que Matzenauer pense qu'une lésion des parois vasculaires est indispensable.

Peyri (Barcelone). — *Essai d'une bactériothérapie cutanée topique.* — Se fondant sur une analogie de flore entre la peau et les voies digestives il a tenté une bactériothérapie topique à l'aide de quantités massives de germes inoffensifs.

Il a obtenu de bons résultats dans les pyodermites au moyen de levure de bière et de ferments lactiques. Le bacille bulgare modifie favorablement les séborrhéïdes.

Carle (Lyon). — *Essai sur l'hérédo-syphilis. Interprétation de ses lois.* — On retrouvera une étude détaillée de ce travail dans un des numéros précédents de ces Annales.

Spillmann (Nancy) — *Sur un cas de pelade généralisée.* — Il relate l'observation d'un homme de 30 ans qui, sans antécédents morbides et sans transmutisme, devient entièrement glabre en moins de 10 heures,

tous les poils tombant par paquets. Il considère cette pelade à marche foudroyante comme nerveuse sans qu'on puisse lui attribuer une cause précise.

Thibierge (Paris). — *Sur la ponction lombaire dans les prurits.* — La ponction lombaire a un effet considérable dans les formes très prurigineuses du lichen de Wilson. Dans les formes chroniques il donne des sédations du prurit et répété conduit à la guérison. On peut également l'utiliser avec succès dans d'autres affections prurigineuses, mais les résultats sont moins brillants.

Wolf (Strasbourg) a obtenu par la ponction lombaire des résultats favorables mais parfois temporaires.

Ducrey (Gênes). — *Recherches sur la trichomycose palmelline.* — Cette affection très fréquente sur les parties velues doit être distinguée de la piedra, de la trichophycose et de la trichorrexis nodosa. Son parasite n'est pas comme on l'a cru un schyzomycète mais un champignon. Il n'est pas simplement fixé sur le poil mais au contraire il tend à le pénétrer jusqu'aux couches moyennes sans en déterminer la rupture.

Le parasite peut être isolé en culture pure. Il y présente les mêmes caractères et tend à pénétrer plus ou moins profondément dans le milieu ; de plus il s'y entoure également d'une substance cristalloïde.

L'aspect macroscopique de ces cultures diffère profondément de celui des autres champignons.

Ce parasite devra être l'objet d'une étude botanique sérieuse ; la finesse des éléments qui le constituent mérite le nom de Tricomices Minutissinum.

Ciuffo (Pavie). — *Traitement de la syphilis.* — Il a eu de bons résultats par l'injection huileuse de paraminophenilarsinate de Hg. Il a pu récemment, avec Manfredi, l'obtenir en dissolution dans le chlorure de sodium en solution concentrée.

Fontana (Turin) constate que la sensibilité est légèrement diminuée dans les végétations en ce qui regarde la douleur, la sensibilité tactile et la chaleur. Vis-à-vis du froid elle est abolie ou donne une sensation paradoxale de chaleur.

Danel (Lille). — *Une observation de phlycténose récidivante des extrémités (acrodermatite continue d'Hallopeau).* — La maladie était accompagnée de poussée généralisée avec mauvais état général.

Piccardi (Turin). — *Sur une forme spéciale de balanoposthite blennhorragique.* — Il présente des photographies d'une balanite circinée blennorrhagique caractérisée par de petites papules de consistance cor-

née, à bords relevés. Ces lésions rappellent les kératoses décrites au cours de la blennorrhagie et se montrent rebelles aux traitements ordinaires des balanites.

Blumenthal (Berlin). — *Le traitement de la syphilis expérimentale par les combinaisons mercurielles aromatiques.* — Les préparations de sels mercuriels agissant mal dans la syphilis du lapin, on a essayé les combinaisons aromatiques où le mercure est placé entre deux noyaux benzoliques. Les meilleurs de ces produits semblent être le dinitrodiphenylmercuriodicarbonate de soude et le dioxydiphenylmercuriodicarbonate de soude qui font rapidement disparaître les spirochètes des lésions en restant au-dessous de la dose toxique. Des préparations où le mercure est uni d'un seul côté au noyau benzolique, les meilleures sont celles qui contiennent un noyau acétique.

Filaretopoulo (Athènes). — *Nouveau traitement de la goutte militaire par la dynamo-injection.* — Il présente un appareil dit dynamo-injecteur par lequel on envoie des pommades dans l'urètre sous une forte pression. L'action médicamenteuse des pommades se combine avec celle de la dilatation.

Ciuffo (Pavie). — *Réaction des lupiques à la tuberculine.* — Il a observé que les lupus verruqueux réagissent mieux à la tuberculine bovine, les lupus vulgaires à la tuberculine humaine. Les malades sains en apparence réagissent en plus grand nombre à la tuberculine bovine. Les agglutinations et les précipito-réactions montrent cette différence plus nettement encore ; les séro-réactions sont peu sûres.

L'inoculation de tissu lupique par scarification ou sous-cutanée peut donner lieu à des lésions tuberculeuses bacillifères, avec adénite mais sans généralisation.

L'auteur partage l'opinion de ceux qui croient à la variété des bacilles tuberculeux.

Photinos et Michaelides (Athènes). — *La réaction de Wassermann dans la lèpre.* — Au point de vue de la réaction de W. 115 malades sur 204 ont eu une réaction positive. Le nombre des réactions positives était plus considérable dans les formes tuberculeuses ou mixtes que dans les formes purement nerveuses (75 contre 38 pour 100). L'extrait alcoolique des lépromes s'est montré aussi bon antigène que celui de foie syphilitique.

La réaction de Pirquet a été positive dans 37,8 pour 100. Elle concordait dans 41 pour 100 des cas avec celle de W.

Il faut dans les pays à lèpre ne pas affirmer la syphilis dans les cas de W. positif.

Pasini (Milan). — *Sarcome de la peau à cellules géantes.* — Il a

observé un cas lui permettant d'affirmer que dans le sarcome de la peau, en dehors des formes habituelles, on rencontre des tumeurs fuso-cellulaires avec cellules géantes du type de la moelle osseuse. Il s'agissait d'une tumeur dermo hypodermique isolée, qui, après excision, récidiva dans l'aponévrose sous-jacente : c'est ce qui permet d'expliquer par contiguïté cette structure que l'on rencontre habituellement dans les sarcomes de l'os.

Ciuffo (Pavie). — *Un cas de vulvite diphtéritique* chez une petite fille.

Peyri (Barcelone). — *Bandes médicamenteuses : leurs formes et leurs usages.* — Il prône l'emploi en dermatologie de bandes médicamenteuses conservées aseptiquement dans des flacons dont il présente un modèle ; on les emploie mouillées avec de l'eau bouillie ou après chauffage.

Silvestri (Rome). — *Sur la prophylaxie des maladies vénériennes.* — Il faut compter moins sur les mesures législatives que sur l'instruction des masses.

Peyri (Barcelone). — *Cas cliniques : 1° Un calcul préputial. 2° Un cas rare de corne cutanée.* — Il montre un calcul du poids de 12 grammes trouvé sous un phimosis. Il est constitué surtout par du phosphate de chaux et des matières organiques. L'auteur pense à une origine spermatique.

Il présente un moulage de corne cutanée du dos du pied, d'une longueur de 5 centimètres sur 2 centimètres de diamètre.

Ciuffo (Pavie). — *Sur la dermite toxique due au Rhus Toxicodendron.* — Il a observé chez un jardinier une dermatite due à un rapide contact avec un arbuste de Rhus toxicodendron. L'extrait de bois et de feuilles injecté au lapin a donné lieu à la seconde injection à une réaction locale assez vive.

Vignolo-Lutati (Turin). — *Sclérodermie circonscrite.* — A propos d'un cas de sclérodermie circonscrite, il rappelle que la coloration de la papule de lichen — coloration qui a fait donner à certains cas le nom de lichen albus — n'est pas une condition essentielle et que la disposition en mosaïque peut manquer ; il considère que le lichen albus de Zumbusch correspond à la variété scléro-atrophique du lichen plan. Il faut interpréter de même le cas de Czillag. Repoussant la dénomination de leucodermie atrophique (Darier, Milian), il décrit son cas sous le nom de sclérodermie circonscrite superficielle précédée d'un stade légèrement papuleux, un peu lichénoïde mais différant histologiquement du lichen plan scléreux et aboutissant à la formation de taches blanches déprimées d'aspect cicatriciel.

Peyri (Barcelone). — *Les alopécies au cours de la tuberculose viscérale.* — Les frottis de tuberculine produisent quelquefois sur les animaux de laboratoire réceptifs ou non une alopécie transitoire ; les frottis de bacilles les produisent constamment.

Sur les tuberculeux on observe 4 formes d'alopécie : en clairière, peladoïde, pseudo-séborrhéique, plaques pseudo-peladiques analogues au lupus érythémateux.

Luithlen (Vienne). — *Les variations du pouvoir de réaction de la peau.* — Il étudie les variations du pouvoir de réaction de la peau vis-à-vis des agents irritants par rapport aux modifications de l'alimentation, aux troubles de la nutrition et aux intoxications.

Ces variations reposent sur une modification quantitative des bases Ca, Mg, K, Na, mais aussi sur un changement entre leurs proportions. Une étude approfondie de la chimie physiologique de la peau serait sans doute pleine d'intérêt.

Pasini (Milan) — *Nodule lépreux de la cornée.* — Il a eu l'occasion d'étudier un nodule de la cornée survenu chez un sujet de 45 ans. Le nodule est dû à la modification des cellules fixes de la cornée sous l'action du bacille de Hansen que l'on rencontre en grande abondance soit dans des cellules lépreuses typiques soit dans le système lacunaire de la cornée. Il n'a pas été possible de différencier par la méthode de Unna les bacilles morts et vivants.

Simonelli (Vienne). — *Hérédité de la syphilis expérimentale.* — Il estime que la syphilis de la lapine est sans influence sur la gestation ; les petits ne présentent pas de lésions spécifiques et sont toujours réceptifs mais il se peut que les inoculations donnent lieu à des symptômes plus bénins, ou soient moins intenses que chez un sujet plus âgé. La réaction de W. chez le lapin est dépourvue de spécificité absolue. En somme, il ne paraît pas probable que la syphilis du lapin puisse dans l'état actuel de l'expérimentation aider sensiblement à l'étude de la syphilis héréditaire.

Pasini (Milan). — *Présentation de malades.* — Il présente un cas type de parakératose de Mibelli. Le cas est très intéressant en ce qu'il possède très nettement les particularités cliniques de la maladie et en montre bien le caractère héréditaire : il y a 26 malades sur 37 membres de la famille sans prédilection pour un sexe et sans influence corrective due au géniteur sain. La maladie doit être considérée comme un nævus.

Radaeli (Sassari). — *Contribution à l'étude du mycosis fongoïde.* — Il présente de nombreuses préparations histologiques où il signale l'existence dans les foyers d'une réticulation néoformée mise en évidence par l'imprégnation argentique de Bieschowosky-Lini et l'évolution des

foyers vers la transformation fibreuse et la nécrose. Il montre que la distribution des foyers dans le derme et les poumons a une origine évidente daus les voies lymphatiques ; il y a comme dans le lymphadénome une localisation spéciale dans les parois veineuses. Il convient donc de revenir avec quelques modifications modernes de cette conception à la vieille théorie de la lymphadénie cutanée.

THÈME « SUR LES RÉSULTATS DE LA PHYSICOTHÉRAPIE DANS LES MALADIES DE LA PEAU »

Pellizzari (Florence), rapporteur. — Le choix de l'un ou de l'autre des moyens physiques doit être basé sur l'action élective de chacun vis-à-vis des tissus normaux et pathologiques en donnant la préférence à celui qui est le moins susceptible de fournir des mutilations ou des déformations. Il faut également rechercher le moyen le plus sûr et le moins douloureux sans oublier les conditions sociales, familiales, etc. A côté de cet éclectisme il faudra étudier avec soin les intervalles entre les applications.

Le rapporteur présente un grand nombre de malades soignés dans son service de Florence, avec d'excellents résultats au point de vue curatif et esthétique.

Forchhammer (Copenhague), corapporteur. — La photothérapie a surtout pour domaine le lupus de la face ; l'excision a aussi ses indications. La photothérapie dans les formes ulcérées et très infiltrées peut se combiner aux rayons de Rœntgen et à l'acide pyrogallique. Dans les cas incurables elle limite la maladie et guérit les ulcérations ; elle donne de bons résultats sur les muqueuses.

On peut également avoir des succès dans le lupus erythémateux, les angiomes plans de la face, la pelade, la morphée.

La lampe à mercure a une action superficielle plus intense et plus nocive, une action profonde beaucoup plus réduite.

Rosenthal (Berlin), corapporteur, signale les avantages du massage en dermatologie.

Pini (Bologne), corapporteur. — Dans le traitement des épithéliomes superficiels par les rayons X on obtient généralement la guérison ; il est préférable d'administrer en une séance toute la dose curative.

Wickham (Paris), corapporteur. — Il faut considérer le radium comme un prolongement des rayons X. Il est utile dans les régions inaccessibles à ceux-ci, pour les enfants et les vieillards à cause de sa commodité et dans les cas où les rayons X ont échoué. Son utilité est

supérieure dans les angiomes saillants, les épithéliomes cutanés, les chéloïdes, les verrues et durillons, le rhynophyma, certaines formes de lupus, de prurit et d'eczéma.

On emploie 3 espèces de filtres selon la profondeur des lésions à atteindre et selon qu'on veut agir par destruction thérapeutique ou par action élective.

Schiff (Vienne), corapporteur, propose qu'un comité international soit établi pour l'étude des différents modes d'action physicothérapeutique.

Malcolm Morris (Londres), corapporteur. — Dans les tumeurs malignes, l'excision ou l'amputation sont encore indiquées ; rayons X et radium doivent être réservés aux cas inopérables dans lesquels la chirurgie peut encore intervenir pour leur créer des voies d'accès et dans ceux où il faudrait de trop grandes mutilations.

Le radium et les rayons X agissent bien sur l'ulcus rodens toutefois la chirurgie reprend ses droits si la lésion atteint l'hypoderme et s'ulcère.

L'acide carbonique est surtout adapté au traitement des lésions légères : verrues, nævi, nodules lupiques, ulcus rodens, formes fixes du lupus érythémateux. Il est préférable de dépasser un peu le tissu malade.

La photothérapie à côté de ses avantages a de gros inconvénients pratiques qui doivent la faire réserver au lupus vulgaire non ulcéré de la face.

Le radium a sur la radiothérapie une infinité d'avantages de tout ordre et n'a comme inconvénients que son prix, la petite étendue des surfaces traitées, une moindre action sur les muqueuses.

O'Brien (Dublin) se base sur 10 ans d'expérience de la photothérapie du lupus, de l'ulcus rodens, etc. pour adhérer aux conclusions posées en 1903 par M. Morris.

La Finsenthérapie n'a pas d'égale pour les petits foyers lupiques. Sur les points ulcérés la radiothérapie est préférable.

Dubreuilh (Bordeaux). — Il est à souhaiter que les moyens physiothérapiques soient employés par le clinicien qui jugera par lui-même des progrès et des échecs sans s'entêter en ce dernier cas dans une méthode unique.

Breda (Padoue). — Dans la lèpre le radium exerce une faible action cytolytique et une action bactéricide si défectueuse qu'au bout de 24 heures les bacilles y gardent leur forme, leur coloration. Les foyers de boubas trouvent au contraire dans le radium un remède d'indiscutable valeur. Les lupus des muqueuses, les petits foyers cutanés peu-

vent être guéris par ce moyen : les formes graves y trouvent un utile auxiliaire.

Les meilleurs résultats sont obtenus sur les nævi, les chéloïdes, le lupus érythémateux discoïde.

Radaeli (Sassari). — *Sur les modifications histologiques provoquées par le radium dans les tumeurs cutanées.* — Il attribue l'action du radium à deux phénomènes : destruction des éléments néoplasiques, irritation du tissu conjonctif entourant la néoplasie. La destruction des cellules néoplasiques est le fait spécifique ; elle ne peut se rattacher à aucun type connu de dégénérescence ou de nécrose et est parfois précédée de signes d'exagération et de développement irrégulier.

L'action irritative sur le tissu correctif varie avec l'intensité des applications. Elle est plus tardive que l'action élective sur la tumeur et se manifeste par de l'hyperémie, de l'exsudation et de la prolifération.

Ledermann (Berlin). — *Les résultats de la réaction de Wassermann dans les maladies du cœur et des vaisseaux.* — Les anévrismes de l'aorte ont donné 23 résultats positifs sur 34 malades ; de plus 3 sujets à W. négatif présentaient des signes de syphilis. Sur 32 artérioscléreux la réaction fut 10 fois positive ; elle l'a été 6 fois sur 10 insuffisances aortiques, et 3 fois sur 6 tumeurs du médiastin.

Hecht et Lederer (Prague). — Le W. avec sérums non-inactivés donnera des résultats spécifiques si l'extrait est sérieusement dosé, si l'alcool de l'extrait est rejeté par évaporation et en employant 0 cc. 1 de sérum du malade avec 0 cc. 05 de sérum de cobaye. Sur 220 cas il y a eu très peu de différences qui ne portaient d'ailleurs que sur l'intensité et non sur le sens de la réaction.

Klausner (Prague). — *Sur la biochimie du sérum sanguin.* — La réaction, au moyen de l'eau distillée, ne repose pas sur un excès de globuline dans le sérum syphilitique comme on l'a dit mais sur une augmentation de lipoïdes se produisant dans six ou sept semaines après l'infection. Les sérums syphilitiques traités à l'éther perdent en effet cette propriété et la reprennent si on les additionne d'une petite quantité de lipoïdes. Les sérums normaux aussi additionnés précipitent également. Les lipoïdes sont thermostabiles, les faits confirment l'hypothèse et l'importance des lipoïdes dans la fixation du complément.

Blumenthal (Berlin) croit à la supériorité des extraits de foie syphilitiques vis-à-vis des extraits normaux. Ce n'est pas une question de spécificité mais de teneur en lipoïdes et les foies hérédo-syphilitiques contenant des spirochètes sont à ce point de vue les plus actifs.

Milian (Paris). — *Valeur séméiologique de la réaction de Wasser-*

mann. — Les réactions partiellement positives sont sans valeur au point de vue diagnostic ; elles n'ont d'intérêt que chez les syphilitiques avérés.

La réactivation s'observe du deuxième au vingt-cinquième jour après l'injection. Elle manque dans 3,03 pour 100 des cas et chez des sujets dont le W. n'a jamais était positif.

Dans les affections nerveuses la résistance d'un W. positif au traitement est d'un pronostic grave.

Mariotti (Naples). — *La cure abortive de la syphilis par les injections locales du cyanure de mercure.* — Il traite de l'abortion de la syphilis par les injections de cyanure de mercure pratiquées autour de l'accident initial et dans la région inguinale. Les résultats ont été très satisfaisants et certains malades ont été suivis durant 4 années sans présenter d'accidents. Contrairement à ce qu'on pourrait objecter ce traitement est bien supporté.

Hecht (Prague). — *Recherche d'un traitement abortif de la syphilis par le Salvarsan et le mercure.* — Il est partisan de l'excision du chancre et d'un traitement mixte (606 et calomel). Dans les cas à W. positif le traitement mercuriel est presque plus important que celui par l'arsenobenzol.

Filaretopoulo (Athènes). — *Traitement de la syphilis.* — Ni l'hectine ni le 606 ne donnent ordinairement une véritable abortion. Les accidents peuvent survenir chez des sujets à W. négatif. La méthode d'Hallopeau est atténuante. Mais le 606 dans la syphilis au début est la meilleure thérapeutique.

Spillmann (Nancy). — *Sur un cas de syphilides herpétiformes.* — Il rapporte l'observation d'un syphilitique qui au deuxième mois de l'infection présenta une éruption généralisée constituée par de petites papules surmontées de vésicules, et groupées en bouquets répandus sur tout le tégument cutané à l'exception des mains et des pieds. Les papulo-vésicules évoluèrent en laissant à leur place des croûtes jaunâtres, mélicériques ; les lésions guérirent avec 3 injections intraveineuses de 606. On peut les considérer comme un cas de syphilides herpétiformes, remarquable par le groupement et la généralisation de ses éléments constitutifs.

Spalteholz (Leipzig). — *La ramification des artères dans la peau de la tête.* — Il présente une préparation de peau du crâne injectée et rendue transparente par un procédé spécial. Grâce à ce mode de présentation il est visible que la peau de la tête est mieux pourvue d'artères que le reste du corps mais sans uniformité. Ces artères présentent de nombreuses anastomoses.

Fontana (Turin). — *Sur l'emploi de l'Arthigon pour la recherche de la déviation du complément dans la blennorrhagie.* — L'Arthigon de Bruck peut utilement servir d'antigène dans la recherche de la déviation du complément au cours de la blennorrhagie.

Pontoppidan (Copenhague). — *Syphilis des marins.* — Il estime que les marins devraient être porteurs d'une sorte de livret médical permettant aux médecins des ports de se rendre compte des traitements antérieurs.

De Napoli. — *La syphilis en général et la syphilis héréditaire dans l'armée italienne.* — Il considère que les militaires devraient être munis d'un livret de santé qui ne les suivrait pas dans la vie civile mais permettrait d'obvier aux inconvénients résultant des mutations fréquentes des médecins militaires.

Linser (Tubingen). — *Emploi thérapeutique du sérum humain normal.* — Il a eu de bons résultats par l'injection du sérum sain dans une série de dermatoses comme on l'a fait avec succès pour les femmes enceintes. Aucun inconvénient n'a été signalé.

D'Amato (Rome). — *Observations sur le rhino-sclérome.* — Il traite d'un cas de rhinosclérome confirmé par la culture du bacille de Fritsch, il en donne un examen histologique. Le radium donne de bons résultats.

PELLIER.

REVUE DE DERMATOLOGIE

Alopécie.

Les alopécies au cours des tuberculoses viscérales (Las alopecias en el curso de las tuberculosis viscerales), par Peyri. *Thérapia,* 15 février 1911, p. 64.

Certains tuberculeux conservent jusqu'à leur mort une chevelure abondante, d'autres sont atteints d'alopécie diffuse. Mais il y a également chez eux des formes qui au lieu d'être comme l'alopécie diffuse une résultante de la décadence générale de la nutrition, apparaissent comme un véritable symptôme tuberculeux : ce sont les formes en clairière, péladoïdes, pseudo-séborrhéïques, infiltrées et voisines du lupus érythémateux.

En dehors des alopécies consécutives à l'infiltrat déterminé par l'injection hypodermique de tuberculine ou de bacilles morts, on peut déterminer sur le cobaye des alopécies en les frottant avec des bacilles morts. La tuberculine y réussit plus rarement. Pellier.

Anatomie pathologique.

Pathologie de maladies cutanées malignes d'origine non épithéliale (Pathology of malignant diseases of non epithelial formation), par F. B. Mallory. *Journal of the American medical association,* 5 novembre 1910, p. 1621.

M. insiste sur l'utilité d'exclure de la terminologie certains termes imprécis d'usage courant en matière de tumeurs, et de rechercher des expressions exactes applicables à des diagnostics précis. Par exemple les cellules fusiformes du sarcome appartiennent à toute tumeur faite de cellules d'une dimension assez grande ; les tumeurs les plus communes faites avec ces grandes cellules sont le fibrosarcome, mais on peut les trouver aussi dans le chondro, l'ostéo-sarcome, l'hémangio endotheliome, le leiomyome, le rhabdomyome, le gliome. La cellule ronde du sarcome caractérise souvent aussi le lymphocytome, et l'ostéo-sarcome, le leiomyome, le gliome, le myelome, le neurocytome. L'angiosarcome dit péritheliome, est d'après M. le plus souvent un mélanome, mais il existe des tumeurs ayant les mêmes caractères que l'on peut classer dans les fibrosarcomes, les carcinomes de la poitrine ou de la peau.

La vraie cellule géante des tumeurs s'observe dans les gliomes, fibrosarcomes, lymphocytomes. La cellule géante du sarcome, la cellule géante vraie sont le plus souvent de véritables corps étrangers, dus à la fusion de leucocytes : ce ne sont pas des cellules intrinsèques des tumeurs et elles ne peuvent servir à préciser le diagnostic. G. Petges.

Botryomycose.

Granulome infectieux (Botryomycose humaine des Français [Gra-

nuloma pyogenicum (Botryomycosis hominis of the french)], par R. L. Sutton. *American journal of the medical sciences,* juillet 1911, p. 69.

Tumeur typique du dos du poignet : l'examen anatomopathologique et bactériologique (cultures, inoculations, etc.) apporte des preuves en faveur de l'origine microbienne du botryomycome, causé probablement par une infection à staphylocoques, avec réaction hyperplasique de la peau.

G. Petges.

Bouton d'Orient.

Bouton d'Orient (Oriental Sore), par S.-T. Darling. *Journal of cutaneous diseases,* décembre 1911, p. 617.

Bonne revue bibliographique générale, sans recherches nouvelles, avec étude consciencieuse des faits acquis, en particulier sur la géographie, les facteurs climatologiques, la pathogénie, la bactériologie du bouton d'Orient.

G. Petges.

Darier (Maladie de).

Contribution à la pathologie de la maladie de Darier (Beitrag zur Pathologie der Morbus Darier), par B. Spiethoff. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* t. 109, 1911, p. 197.

L'observation, base de cette étude, présente comme particularité clinique l'apparition de nombreuses vésicules généralement développées sur une efflorescence mais pouvant également s'observer sur la peau saine, et la présence de placards érythémateux très suintants. Au point de vue histologique il faut signaler une hyperplasie épithéliale pénétrant profondément le chorion et ayant fréquemment un point de départ folliculaire ; ces masses épithéliales sont le siège de processus dégénératifs. Le début de la maladie date de la vingt et unième année ; le sujet est mort à 51 ans d'un cancer de l'estomac avec nombreuses métastases.

S. pense que les lacunes épithéliales fréquentes dans la maladie de Darier et dont l'origine a été diversement interprétée doivent être rapportées soit à une inflammation soit à une cause mécanique ; les lésions épithéliales ne font que favoriser leur production. Il semble que pour celles-ci la théorie de Jarisch (dégénérescence du noyau) doit être préférée à celle de Buzzi (formation cellulaire endogène). Pellier.

Un cas de maladie de Darier (A case of Darier's disease). *British journal of dermatology,* novembre 1911, p. 359.

La malade est une femme de 30 ans ; elle est atteinte depuis l'âge de 14 ans de l'affection actuelle, qui débuta sur le front et le devant de la poitrine, pour gagner les deux aisselles, l'abdomen, les cuisses et les jambes.

Il existait au moment du premier examen une éruption séborrhéique étendue, avec des petites croûtes verruqueuses.

Pas de symptômes subjectifs. L'examen des coupes obtenues après une biopsie met en évidence les lésions décrites par Darier, avec la pseudopsorospermose.

Une amélioration notable a suivi un traitement soufré salicylé. G. Petges.

Dermatite.

Dermatite végétante de l'enfant (Dermatitis vegetans in infants), par

G. W. WENDE et H. K. de GROAT. *Journal of cutaneous diseases,* septembre 1911, p. 473.

Ce travail contient une bonne revue générale de la question avec quatre observations nouvelles, confirmatives des travaux antérieurs de Perrin, Corlett, Hallopeau, etc. G. PETGES.

Un cas de dermatite provoquée (A case of dermatitis artefacta), par GRAHAM LITTLE. *British journal of dermatology,* 11 novembre 1911, p. 362.

Les lésions observées chez une jeune fille de 12 ans ont débuté depuis trois mois; elles ont toujours les mêmes caractères; ce sont des ulcérations superficielles allongées dans le sens de l'axe du bras, situées sur les avant-bras et les mains, apparaissant toujours la nuit. Le palais et le voile du palais sont complètement anesthésiques.

Il a été impossible de déterminer exactement les causes de ces lésions, qui paraissent provoquées par des frictions avec un doigt mouillé.

G. PETGES.

Dermatite annulaire chronique des parties découvertes (Dermatite anulare cronica delle parti scoperte), par G. TUCCIO. *Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle.* V. LII, 1912, p. 737-745.

T. a eu l'occasion, au cours d'une période de 6 ans, d'observer 4 cas d'une dermatose qui lui a paru présenter des caractères assez particuliers pour être décrite à part.

C'est une éruption érythémateuse, de couleur rosée, à éléments arrondis, de grandeur variable, présentant quelques squames, siégeant sur les mains et sur la face, peu ou pas prurigineuse.

T. signale les ressemblances avec le lichen annulaire, le lupus érythémateux, la porokératose, mais en différencie nettement les 4 cas observés par lui dont il donne l'observation sans pouvoir les classer étiologiquement. H. MINOT.

Epithéliome.

Épithéliome de la mamelle (Epithelioma of the Nipple), par ANTHONY. *Chicago dermatological society,* 18 janvier 1910. *Journal of cutaneous diseases,* décembre 1911, p. 637.

Une femme de 35 ans présente depuis 4 ans une ulcération superficielle lenticulaire du mamelon, autour des orifices des canaux galactophores; la glande entière est dure et infiltrée. Il n'existe pas de ganglions.

En raison de l'absence d'infiltration en plaque autour de l'aréole et de l'absence d'une surface granuleuse, A. élimine la maladie de Paget.

G. PETGES.

Pathologie des tumeurs épithéliales malignes de la peau (The pathology of malignant epithelial growths of the skin), par J. A. FORDYCE. *Journal of the american medical association,* 5 novembre 1910, p. 1624.

Il ne semble pas qu'il existe un agent pathogène causal de l'épithélioma cutané : il a une étiologie multiple; il est lié à des irritations d'ordre externe le plus souvent. Le rôle des affections « précancéreuses » est très important. G. PETGES.

Eruptions artificielles.

Éruptions généralisées d'aspect anormal, causées par un emplâtre à la belladone et par l'instillation d'atropine dans l'œil (Generalized eruptions of an unusaal type, caused by the absorption from a belladonna plaster and from the ocular instillation of atropine), par F. C. Knowles. *American journal of the medical sciences,* juillet 1911, p. 73.

Longue revue relative aux éruptions belladonées, mettant les points qui suivent en évidence : les applications belladonées externes peuvent provoquer des réactions cutanées aussi bien que l'absorption de belladone. Les éraillures, la desquamation épidermiques ne sont pas indispensables pour que l'intoxication se produise, mais elles la favorisent. Le type éruptif commun est un érythème ou une éruption scarlatinoïde, avec maximum de lésions sur la face, les parties supérieures du corps ; parfois l'éruption est généralisée.

On a noté aussi des accidents gangreneux, purpuriques, eczémateux. L'éruption peut ne s'accompagner d'aucun symptôme d'intoxication générale ; la mydriase peut manquer, ou être unilatérale. Le pronostic est favorable. L'atropine peut produire des accidents analogues.

G. Petges.

Erythème noueux.

Erythème noueux consécutif à la rougeole (Erythema nodosum following measles), par E. P. Joynt. *British medical journal,* 15 avril 1911, p. 867.

J... a observé deux cas d'érythème noueux dans la convalescence de la rougeole chez des enfants de 6 et 8 ans ; Birch en a relaté récemment 7 cas ; soit 9 sur 300 cas de rougeole. G. Petges.

Erythème noueux consécutif à la rougeole (Erythema nodosum following measles), par Craig. *British medical journal,* juillet 1911, p. 163.

Un enfant de 4 ans présente une éruption rubéolique avec fièvre et cinq jours après est atteint de signes d'érythème noueux sur les jambes, sans arthralgies. Guérison en une semaine avec traitement par le salicylate de soude et le repos au lit. G. Petges.

Gangrène.

Gangrène d'origine vasomotrice mortelle (Fatal vasomotor gangrene), par R. N. Willson. *New-York medical journal,* 7 octobre 1911, p. 724.

Cas de gangrène des extrémités chez un homme de 53 ans ; en outre des mains et des pieds le nez fut pris également.

A l'autopsie plaques d'athérome de l'aorte. G. Petges.

Généralité.

Le musée de St-Louis pour les maladies de la peau (The St-Louis museum for diseases of the skin), par D.-W. Montgomerry. *The journal of cutaneous diseases,* août 1911, p. 427.

En voyageur reconnaissant D. M. décrit longuement le musée de St Louis comme un admirable effort d'art ; enfin il chante les louanges de M. Baretta, et c'est très légitime. G. Petges.

Herpès.

Un cas d'herpès gangreneux (A case of extensive herpes) par G. O. Williams. *Medical record,* 2 septembre 1911, p. 478.

Une femme de 68 ans présente de l'herpès localisé, simultanément à la lèvre supérieure, la narine gauche et le conduit auditif externe. La lésion de l'oreille s'accompagne d'un écoulement très abondant, transperçant les pansements ; le tympan et les osselets sont éliminés ; l'audition est nulle ; on voit, au fond de l'oreille moyenne avec un éclairage approprié, battre une grosse artère. Ces phénomènes nécrotiques ont commencé à se réparer après plusieurs semaines seulement. G. Petges.

Hypotrichose.

Parallèle entre l'hypotrichose de l'homme et du chien, par O. Scheuer et G. Kohn. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* t. 109, 1911, p. 79.

Etude histologique d'un cas d'alopécie congénitale et de la peau d'un chien sans poils. A part une hyperkératose et une pigmentation anormale de la peau du chien, les mêmes lésions se retrouvent dans les deux cas perles épithéliales, kystes des sudoripares. S. et K. estiment que l'hypotrichose de l'homme basée sur une dysplasie avec malformations secondaires de tout le tégument ; chez le chien intervient un arrêt de développement dont on ne trouve chez l'homme que quelques indices. Pellier.

Ichtyose.

Un cas d'ichtyose (Icththyosis), par Colcott Fox. *Royal Society of medicine,* 16 mars 1911. *The British journal of dermatology,* avril 1911, p. 112.

Enfant de 16 mois guéri d'une ichtyose accusée par des lavages de solution aqueuse glycérinée et l'opothérapie thyroïdienne. G. Petges.

Kératose folliculaire.

Kératose folliculaire (Keratosis follicularis), p. A. P. Perry. *Boston medical and surgical journal,* 9 février 1911, p. 191.

Observation assez rare parmi une quarantaine antérieurement publiées : il s'agit d'une jeune fille de 17 ans, de belle santé, qui depuis quelques années présente des plaques brunes sur divers points du corps et des membres, surtout au niveau des plis des coudes, sur la face antérieure des jambes, sur les genoux, sur la ligne médiane de l'abdomen près de l'ombilic, sur le cou. Ces plaques de dimensions variées, s'étendent en général sur un ou deux centimètres carrés de surface, avec un bord irrégulier ; elles donnent un aspect sale à la peau, sont de couleur jaune brun, saillantes, rugueuses, sèches. Une biopsie avec examen microscopique révèle un allongement des papilles du derme ; la couche cornée est très épaissie ; la couche épineuse est élargie, les couches inférieures de l'épiderme pigmentées ; pas d'infiltration inflammatoire, pas d'obstruction des orifices sébacés, pas de dilatation des vaisseaux capillaires et lymphatiques.

Ces divers traitements médicamenteux externes sont inefficaces, mais les lésions paraissent céder au radium. G. Petges.

Lèpre.

Sur les léproseries belges au Moyen Age (Ueber die belgischen Leproserien im Mittelalter), par L. Dekeyser. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, t. 111, 1912, p. 247.

Très intéressant travail historique relatant le nombre, les statuts, les moyens d'existence, les procédés de diagnostic et enfin la décadence des léproseries. Pellier.

Communication sur la lèpre : vue nouvelle de sa bactériologie et de son traitement (A lecture on leprosy : a new view on its bacteriologyand treatment), par T.-S.-B. Williams. *British medical journal*, 16 décembre 1911, p. 1582.

Pour W. le bacille de la lèpre n'est pas un bacille acidorésistant, mais un streptothrix pléomorphe, à caractères tinctoriaux variables ; il peut être acidophile. Le bacille de Hansen ne serait qu'une forme de passage du *streptothrix leproides* dont les phases biologiques sont les suivantes :

a) Un streptothrix non-acidorésistant dans un stade mycélien, produisant des filaments acidorésistants.

b) Un bacille diphtéroïde non acidorésistant, produisant aussi des filaments acidorésistants : à ce stade ce serait un vrai streptothrix.

c) Un bacille acidorésistant, qui dérive d'un streptothrix.

d) Un mycelium acidorésistant.

W. donne longuement les caractères et modes de culture de ces parasites ; il a pu inoculer au cobaye le bacille (*c*) et provoquer des lésions analogues à celles de la lèpre.

Il préconise ensuite un vaccin sur lequel il donne peu de renseignements, sinon qu'il est fabriqué dans un laboratoire de Bombay. Il est fâcheux que le mode de fabrication de ce vaccin ne soit pas décrit avec rigueur dans ce travail. G. Petges.

Mode de transmission de la lèpre (The mode of transmission of leprosy), par T. L. Sandes. *British medical journal*, 2 septembre 1911, p. 469.

Les conclusions de cet article sont en faveur de la possibilité de la contamination de la lèpre. En considérant la quantité de bacilles de Hansen disséminés par le mucus nasal, et les ulcérations des lépreux, bacilles qui sont ingérés par les mouches, les moustiques, les puces, etc. on peut admettre la possibilité de la contagion par les insectes ; mais ce serait exceptionnel.

La punaise (acanthia lectularia) absorbe une quantité très grande de bacilles ; elle serait un des agents principaux de transmission. G. Petges.

Note sur la transmission de la lèpre (A note on the transmission of leprosy), par E. C. Long. *British medical journal*, 2 septembre 1911.

L. a trouvé le bacille de Hansen dans le corps de punaises ; il a constaté qu'il peut y vivre. Il pense que c'est là un des modes de contage de la lèpre. G. Petges.

Le Salvarsan dans la lèpre (Salvarsan in leprosy), par F. L. de Verteuil. *British medical journal*, 23 septembre 1911, p. 654.

L'auteur juge favorablement les résultats du traitement de la lèpre par

le Salvarsan : relèvement de l'état général, amélioration des lésions locales, destruction ou dégénérescence des bacilles, tels seraient les faits constatés pour inciter à continuer ce mode de thérapeutique. Résultats bien exceptionnels d'après les publications récentes! G. Petges.

Lichen plan.

Un cas anormal de lichen plan chez un nègre (An unusual case of lichen planus in a negro), par Lee Kirby-Smith. *New-York medical journal,* 18 novembre 1911, p. 1032.

Cas typique avec éruption en placards infiltrés couvrant la face, le dos, atteignant le cuir chevelu, la bouche, le pénis, les jambes, cas remarquable par la confluence et l'étendue des lésions. G. Petges.

Lupus érythémateux.

Sur un cas singulier de lupus érythémateux (Ueber einen eigenartigen Fall von lupus erythematodes), par Guth. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* t. 109, 1911, p. 157.

La malade présentait un lupus érythémateux (forme centrifuge) sur lequel se distinguaient des zones érythémateuses de 1 à 3 millimètres de large, à disposition concentrique. Une autre particularité de ce cas était une desquamation suivant à peu près les zones d'érythème concentrique, le bord libre des squames étant du côté du centre. Ces squames ne présentaient pas de prolongements à leur face inférieure. Il n'y avait pas de trace d'atrophie cutanée. La lésion était nettement mais faiblement infiltrée.

La malade réagit à la tuberculine (38°,4) ; les zones d'érythème deviennent plus apparentes. Pellier.

Un cas de lupus érythémateux anormal (Di un caso anomalo di lupus eritematoso a forma di atrofodermia a chiazze), par G. Verotti. Estratto dal *Giornale interno delle Scienze Mediche,* 1911.

Un homme de 25 ans voit apparaître sur sa peau, en 1906, trois macules rosées situées sur la poitrine, la joue droite et la nuque, qui, d'abord stationnaires, grandissent ensuite. D'autres plaques semblables paraissent ensuite sur la région temporale gauche et sur le sternum. Depuis 6 ans tous les traitements sont restés inefficaces, mais les lésions ont évolué vers l'atrophie. Elles offrent actuellement l'aspect de plaques ovalaires, alopéciques, de couleur blanc perlé, de surface lisse, ayant des bords assez mal délimités ; les orifices glandulaires sont conservés en grande partie.

L'examen histologique a démontré l'existence d'altérations atrophiques dégénératives en foyers du stroma conjonctif et du réseau élastique, lésions qui étaient plutôt sous la dépendance directe de l'action toxique de la lymphe circulant dans les espaces dilatés que sous celle des infiltrats cellulaires inflammatoires.

V. attribue ces lésions atrophiques à une dermatite toxi-infectieuse, qui est probablement la tuberculose, car la cutiréaction de von Pirquet a été positive. H. Minot.

Lupus tuberculeux.

L'emploi de la tuberculine ancienne en onction pour le diagnostic et le traitement du lupus vulgaire (The use of old tuberculin ointment

in the diagnosis and treatment of lupus vulgaris), par A. Verger. *British medical journal,* 31 décembre 1910, 2023.

Le diagnostic du lupus vulgaire serait facilité par une réaction comparable à la cutiréaction : le procédé consiste à appliquer sur la lésion un onguent à la paraffine molle avec 5 pour 100 de tuberculine vieille de Koch : on pourrait différencier ainsi le lupus des lésions syphilitiques, épithéliales, etc. ; en outre cette méthode conviendrait au traitement, en appliquant sur la lésion une pièce de toile couverte d'une couche du même onguent.

G. Petges.

Névrodermite.

Eruption papuleuse prurigineuse chronique, de l'aisselle, du pubis et de la poitrine (A chronic itching papular eruption of the axilla, pubes and breast), par M. Haase. *Journal of the american medical association,* 21 janvier 1911, p. 174.

Observation d'un cas typique de lichénification ou névrodermite chronique circonscrite de Brocq bien étudiée aussi par C. Foy et Fordyce, localisée au creux axillaire, à forme particulièrement tenace. Article accompagné de belles figures mettant en évidence les lésions microscopiques les plus saillantes, l'œdème de la couche papillaire du derme, la destruction des couches épidermiques, avec formation de microvésicules ; l'hyperkératose de certains points avec dégénérescence vacuolaires des cellules malpighiennes et œdème du chorion ; infiltration en foyers du derme ; prolongements de l'épiderme encerclant des follicules pileux et des conduits sudoripares ; dégénérescence hyaline de petites artérioles du derme. G. Petges.

Parapsoriasis.

Parapsoriasis (Parapsoriasis), par Mackee. *New-York academy of medicine, Section on dermatology,* 1er novembre 1910. *Journal of cutaneous diseases,* juillet 1911, p. 396.

Le malade, déjà présenté à la même société un mois avant par Fordyce, présente depuis sept ans une éruption généralisée, squameuse, en placards. Fait intéressant, il est porteur de petites plaques confluentes d'atrophie cutanée visibles sur tout le corps à jour frisant. Un frère de ce malade âgé de 10 ans est atteint d'une éruption folliculaire des jambes ayant commencé de la même manière. G. Petges.

Pathomimie cutanée.

Sur un cas de Pathomimie cutanée, par L. Danel. *Journal des Sciences médicales de Lille,* nos 8 et 9, février-mars 1912.

Fille 26 ans, débile, atteinte depuis deux ans d'une dermatose bulleuse, à poussées incessantes siégeant à la face d'extension de l'avant-bras droit avec brides chéloïdiennes. Il y avait aussi des bavures révélatrices au niveau des phalanges. La guérison s'est maintenue tant que la région est restée protégée par un appareil silicaté, mais le sujet, après son départ de l'hôpital, a provoqué l'apparition de nouvelles phlyctènes à la jambe. Le corps du délit n'a pu être jusqu'ici découvert.

D. pense que la simulation est à l'origine de toutes les éruptions de ce genre, classées autrefois comme troubles trophiques cutanés d'origine hystérique. P. Ravaut.

Pellagre.

De l'emploi du cacodylate de soude dans quatre cas de pellagre (A report on the use of cacodylate of sodium in four cases of pellagra), par J.-O. Elrod. *Journal of the american medical association,* 26 août 1911, p. 719.

Amélioration très nette de quatre cas de pellagre par les injections de cacodylate de soude à dose habituelle; peut-être même s'agit-il de guérison (??) G. Petges.

Pemphigus.

Un cas de pemphigus chronique vulgaire de la cavité buccale et du larynx (A case of pemphigus chronicus vulgaris of the oral cavity and larynx), par Rockwell. *Boston medical and surgical journal,* 27 avril 1911, p. 612.

Homme de 57 ans, chétif, présente d'abord des bulles de la langue, et de la muqueuse des joues; ces bulles de volume irrégulier varient de la grosseur d'un pois à la largeur d'une pièce de un franc; rompues au bout de quelques heures elles laissent une plaque rouge, desquamée, ulcérée, recouverte par places de lambeaux d'épithélium. Quelques mois après surviennent des bulles de l'épiglotte. Mort un an après, avec des lésions bulleuses généralisées de la peau.

Au début à la période des lésions buccopharyngées, le diagnostic fut fait par exclusion, après avoir éliminé la syphilis, le lupus, la leucoplasie, la diphtérie, la stomatite hydrargirique, l'herpès, l'épidermolyse bulleuse héréditaire. G. Petges.

Psoriasis.

Recherches sur les échanges minéraux dans le psoriasis (Untersuchungen ueber den mineralischen Stoffwechsel bei Psoriasis), par Haemmerli. *Monatshefte für praktische Dermatologie,* 15 août 1911, t. 53, p. 177.

Les 3 cas étudiés par H. au point de vue des échanges en phosphore, chaux et chlorures donnent des résultats qui n'ont rien de spécifique à cause même de leur extrême variabilité. Pour les sels de magnésie il semble au contraire que la rétention soit constante; inversement, le soufre est éliminé de façon exagérée. Pellier.

Relation de 140 cas récents de psoriasis observés en clientèle, soumis à une diète végétarienne stricte (Report on 140 recent cases of psoriasis in private practice under a strictly vegetarian diet), par L. Duncan Bulkley. *Journal of the american medical association,* 26 août 1911, p. 124.

En 1867, un médecin allemand, G. Passavant, conseilla une nourriture exclusivement carnée contre le psoriasis, assurant en avoir obtenu d'excellents résultats : le bon sens et Hebra, relevèrent ce paradoxe thérapeutique, que D. B. rappelle en préconisant le régime végétarien dans le traitement de la même maladie.

Il note dans cet acticle, où 140 cas sont étudiés, l'âge de début, la durée avant le traitement, la durée du régime végétal, sans insister avec assez de précision sur la rapidité de l'amélioration, de la guérison ou des récidives.

Il prône les excellents effets du régime végétarien qui peut guérir à lui seul le psoriasis, et en tous cas seconder grandement les traitements classiques. G. PETGES.

Purpura.

Purpura (Purpura), par D. ELLIOTT et H.-S. MARTLAND. *New-York medical journal,* 18 novembre 1911, p. 1030.

Les auteurs rappellent la classification des purpuras d'après Osler, et se demandant s'il ne faut pas toujours les considérer comme des syndrômes secondaires.

Ils citent un cas de purpura fulminant, type Henoch, terminé par la mort, survenu chez un enfant de un an dans le cours d'une pneumonie : ils en concluent que cette variété de purpura peut être d'origine toxique, secondaire. L'examen du sang avait donné les résultats suivants : hémoglobine 50 pour 100 ; globules rouges 3 200 000, avec anisocytose, poikilocytose, polychromatophilie, et des globules nucléés. Leucocytes 14 000, dont polynucléaires 86 pour 100, lymphocytes 10 pour 100, gros mononucléaires 3 pour 100, éosinophiles 1 pour 100. Il existait de l'albuminurie. G. PETGES.

Relation d'un cas anormal de purpura hémorragique (Purpura hœmorrhagica, with report of an atypical case), par A. C. MATTHIEWS et H. P. CARPENTIER. *American journal of the medical sciences,* juillet 1911, p. 36.

Cas survenu chez un aliéné âgé de 35 ans, avec un début anormal : après des prodromes vagues, fatigue, inappétence, etc., le malade présenta des vomissements, de la fièvre, puis 2 ou 3 jours après du mœlena dont l'origine échappait, lorsque survinrent quelques jours après seulement des pétéchies sur les membres inférieurs. G. PETGES.

Raynaud (Maladie de).

Maladie de Raynaud (Raynaud's disease), par HYDE. *Chicago dermatological society,* 18 janvier 1910. *Journal of cutaneous diseases,* décembre 1911, p. 638.

Cas typique intéressant par la coexistence du syndrome thyroïdien de Basedow. G. PETGES.

Sclérodermie.

Un cas d'hémiatrophie d'origine sclérodermique (A case of hemiatrophy from scleroderma) par P. C. KNAAP. *Boston medical and surgical journal,* 11 mai 1911, p. 671.

L'hémiatrophie reconnaît en général une origine cérébrale, ou survient après les poliomyélites : K. a pu trouver dans la littérature six observations d'origine sclérodermique. Il en a personnellement suivi un cas chez un jeune homme de 18 ans : deux ans avant son entrée à l'hôpital ce malade avait ressenti des crampes, avec crises de contractures dans certains groupes musculaires de la jambe et du thorax ; en même temps apparurent des nodules cutanés pigmentés en divers points du corps. Au moment où il a été observé il présente une hémiatrophie gauche perceptible à la vue ; les mensurations confirment l'aspect extérieur. Du même côté la peau est amincie, polie, luisante ; les veines sont très apparentes, les poils rares ; il n'existe pas d'adhérences avec les plans profonds. En plus on voit en

quelques points, sur la poitrine, la cuisse gauche, les coudes des nodules saillants, durs, jaunes, groupés en foyers avec dilatations capillaires périphériques : Ces plaques atteignent une dizaine de centimètres de diamètre. Peu de limitation des mouvements.

Pas de lésions pulmonaires, cardiaques. Amélioration (?) par les courants galvaniques, l'extrait thyroïdien, les rayons X, la haute fréquence.

K. joint à ce cas intéressant les six autres observations publiées par divers auteurs. G. PETGES.

Sporotrichose.

Remarques à propos d'un cas de sporotrichose (Remarks on a case of sporotrichosis), par Norman WALKER et J. RITCHIE. *British medical journal,* juillet 1911, p. 1.

Relation du premier cas de sporotrichose observé à Edinbourg. La porte d'entrée a été une plaie de l'index chez un mineur qui présenta dans la suite des ulcérations d'aspect typique de l'index, du dos de la main, de la face postérieure, du bord radial de l'avant-bras, de la face antéro externe du bras. Cas confirmé par les divers examens de laboratoire qui ont mis en évidence un sporotrichum. Fait intéressant : ce malade présentait sur les ongles du médius et de l'annulaire, du même côté, des lésions trichophytoïdes dans lesquelles on a pu trouver un champignon : la culture a montré qu'il s'agissait du T. gypseum.

Cas à rapprocher de ceux de Thibierge et Weissenbach, Gaucher et Fouquet dans lesquels les lésions rappelaient le kérion, et des recherches de de Beurmann et Gougerot qui ont obtenu des lésions rappelant la sporotrichose par l'inoculation du T. gypseum. G. PETGES.

Un cas de sporotrichose chez l'homme (A case of sporotrichosis in man), par H. J. HARKER. *Journal of the american medical association,* mai 1911, p. 1312.

Sporotrichose à forme de lymphangite du bras, avec abcès non douloureux chez un enfant de 5 ans. G. PETGES.

Etude clinique de la sporotrichose (A clinical Study of Sporotrichosis), par J. M. SUTTON. *Journal of the american medical association,* mai 1911, p. 1309.

Quatre cas de sporotrichose relatés, avec preuve bactériologique. Rien de nouveau. G. PETGES.

Un cas de sporotrichose (A case of Sporotrichosis), par C. HENDERSON. *Journal of the American medical association*, 23 septembre 1911, p. 1048.

Cas de sporotrichose survenu chez un cultivateur de 19 ans, à forme de lymphangite du bras et du dos de la main où l'on voyait des traînées ulcéreuses caractéristiques. Guérison par l'iodure de potassium et le traitement externe accoutumé. G. PETGES.

Sporotrichose de l'homme et du cheval (Sporotrichosis in man and in the horse) par R.-L. SUTTON. *Boston medical and surgical journal,* 9 février 1911, p. 179.

Un cheval fut accidentellement blessé à l'épaule par un fil de fer ronce

occasionnant une plaie légère peu douloureuse ; six semaines après plusieurs nodules apparaissent sur le cou, puis s'ulcèrent et suppurent ; aucun autre animal n'est atteint. Le propriétaire, robuste fermier de 54 ans, se blesse quelque temps après au niveau d'un poignet, en nettoyant la mangeoire de l'animal : peu après survient une ulcération bourgeonnante, avec semis de papules périphériques, lymphangite, adénite axilaire : le pus contient un mycélium avec de nombreuses spores, ayant les caractères du sporotrichum, et des staphylocoques. Guérison par l'iodure de potassium.

G. Petges.

Thérapeutique cutanée.

Emploi de la « cautérisation par le froid » en dermatologie (Uses of the « coldcautery » especially in dermatology), par L. D. Frescoln. *New-York medical journal,* 29 avril 1511, p. 828.

La méthode de Pusey, par la neige carbonique, provoque une réaction inflammatoire intense, une action stimulante, une action destructive immédiate et durable, surtout dans les lésions chroniques. Le lupus érythémateux est plus justiciable de cette méthode que le lupus tuberculeux ; les épitheliomas superficiels végétants plus que l'ulcus rodens. En résumé F. considère la neige carbonique comme une arme thérapeutique de premier ordre. G. Petges.

Le radium contre les affections malignes et les ulcérations variqueuses (Radium in malignant disease and varicose ulceration), par T. Ross Macdonald. *British medical journal,* 9 décembre 1911, p. 1529.

Cas favorables à l'action du radium, avec bonnes photographies montrant les malades « avant et après » (carcinome du menton ; épithéliome de la lèvre inférieure ; ulcère variqueux de jambe ; ulcus rodens du nez et des joues). Ces résultats immédiats sont impressionnants. G. Petges.

La tuberculine pour le diagnostic et le traitement des conjonctivites eczémateuses (conjonctivites phlycténulaires et kératites) (Tuberculin as a diagnostic and therapeutic agent in the treatment of conjunctivitis eczematosa (phlyctenular conjunctivitis and keratitis), par R.-J. Tivnen. *Journal of the american medical association,* 9 décembre 1911, p. 1886.

La nature tuberculeuse de la conjonctivite eczémateuse paraît démontrée à T. par l'épreuve de la tuberculine comme agent de diagnostic et de traiment.

La cutiréaction lui paraît une méthode diagnostique de la tuberculose excellente, surtout chez les enfants. G. Petges.

L'arsenic dans la dermatologie du praticien (Arsen in der Dermatologie des praktischen Aerztes), par E. Saalfeld. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* t. 111, 1913, p. 59.

Le praticien doit être mis en garde contre la vieille habitude qui faisait des arsenicaux une panacée des dermatoses. A son usage, S. expose les indications classiques de l'arsenic auxquelles il joint le pityriasis rosé qu'il a vu dans plus de cent cas se modifier très heureusement par cette thérapeutique. Pellier.

Le traitement local de l'inflammation des couches superficielles de la peau (Die lokale Behandlung der Entzündung oberflächlicher Hautschichten), par L. Török. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* t, 111, 1912, p. 117.

Indications des méthodes antiphlogistiques. Pellier.

Maladies cutanées et cosmétiques (Skin diseases and cosmetics), par Georges Pernet. *British journal of dermatology,* mai 1911, p. 1242.

Très intéressante revue, dans laquelle l'érudition se cache sous l'esprit : P. rappelle le rôle important des thaumaturges et des charlatans, encore vivaces de nos jours sous des formes variées. Il les évoque depuis les périodes reculées de l'histoire, et leur emprunte quelques bonnes recettes : par exemple cette lotion capillaire employée à l'époque de Léonard de Vinci par l'éternel féminin pour ensorceler le sexe fort où s'unissent le jus de maïs, la décoction de glands, le safran, la bile de bœuf, les déjections d'hirondelles, l'ambre gris, les griffes d'ours calcinées, l'huile de tortue.

A la même époque on utilisait aussi le lait virginal suivant : du lait d'ânesse mélangé au lait d'une chèvre rouge, avec pointes d'asperges, et bulbes de lys blancs ; on devait frotter le visage avec du pain imbibé de cette mixture en récitant trois fois une courte prière.

Les temps modernes n'ont rien à envier aux anciens ; P. rappelle une dame qui pour son menton et ses lèvres usa tour à tour des rayons X, de la haute fréquence, de lumières colorées variées, sans compter de maintes méthodes adjuvantes.

Et ceci doit nous engager à beaucoup de modestie : comment l'avenir jugera-t-il les théories et les prétentions scientifiques, sous lesquelles se cachent mal nos ignorances ? G. Petges.

Tuberculides.

Sur les tuberculides dénommées acné scrofulosorum et cachecticorum, folliclis, acnitis (Sulle tuberculidi denominate acne scrofulosorum e cachecticorum, folliclis, acnitis), par P.-L. Bosellini. *Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle.* Vol. LII, 1911, p. 591-612.

B. a fait l'étude de trois sujets, une femme et deux hommes, appartenant à des familles où régnait la tuberculose et eux-mêmes légèrement atteints de tuberculose pulmonaire. Les éléments morbides cutanés dont ils étaient porteurs étaient de trois sortes : Des papules à siège folliculaire et extra-folliculaire, des nodules et des tumeurs, tous accompagnés d'un état nécrotique.

Les recherches histologiques et expérimentales de B. sur ces trois sujets l'amènent à conclure que : toutes ces manifestations cutanées sont des formes de tuberculose atténuée, résultant d'infections secondaires ayant leur point de départ dans les lésions viscérales. H. Minot.

Traitement de la syphilis par le 606.

Thrombose éloignée après injection intra-veineuse de Salvarsan (Fernthrombose nach endovenöser Salvarsan-injektion), par KLAUSNER. *Münchener medizinische Wochenschrift,* 1912, n° 6, p. 296.

K. rappelle les cas de Clingestein, de Gaucher, dans lesquels l'infection a été incriminée. K. a observé le cas suivant : Un homme de 47 ans atteint de syphilis nerveuse (paraplégie) 23 ans après le début de la maladie reçoit 0,60 de Salvarsan dans la veine médiane gauche. Pas de réaction (avril). Le 20 septembre, seconde injection intra-veineuse de 0,50 dans la médiane droite. 17 jours après, fièvre et vive douleur dans la cuisse droite. Le 27 octobre, incision d'un énorme abcès guéri en 15 jours.

Le malade était franchement artério-scléreux. K. ne croit pas à une faute d'asepsie. Ch. AUDRY.

Infiltrats du Salvarsan et fibrolysine (Salvarsan-infiltrate und Fibrolysin), par K. TIETGE. *Dermatologische Centralblatt,* 1912, n° 5, p. 135.

Un malade atteint de syphilis cérébrale a reçu 2 injections de Salvarsan dans les fesses, en septembre et octobre 1910. En février 1911, tuméfaction, induration, douleur, immobilisation, etc. En avril, 5 injections intrafessières de fibrolysine. Ramollissement des infiltrats qui suppurèrent, furent incisés et guérirent. Le 15 juillet, une des incisions était guérie, l'autre en voie de réparation avancée. Le malade marche, etc.

La fibrolysine paraît avoir procuré un grand soulagement au malade, en avançant la suppuration de l'infiltrat, ce qui a facilité notablement la guérison. Ch. AUDRY.

Traitement de la syphilis par le Salvarsan à petites doses (Zur Behandlung der Syphilis mit Salvarsan in kleinen Dosen), par W. KOPIJTOWSKI. *Dermatologisches Centralblatt,* 1912, n° 5, p. 130.

K. injecte 0,60 de Salvarsan neutralisé en 10 injections successives, intra-musculaires, une chaque deux jours. Le Salvarsan est dissous dans 24 grammes d'eau distillée divisée en ampoules stérilisées à + 100°.

Ch. AUDRY.

Sur les réactions fébriles consécutives aux injections intra-veineuses de Salvarsan (Beitrag zur Kenntnis der fieberhaften Reaktionen nach intravenösen Salvarsan-Injektionen), par O. BRUCKLER. *Dermatologische Zeitschrift,* 1912, n° 2, p. 127.

B. distingue 2 variétés dans les réactions fébriles consécutives aux injections intra-veineuses de Salvarsan.

Dans la première, il s'agit des cas où l'injection n'a pas été faite avec de

l'eau stérilisée ; ici la fièvre facilement évitable est d'origine externe. — Dans la seconde, la réaction est due à l'action du médicament sur le microbe ; elle est spécifique. Cette dernière forme se distingue de la première par l'époque un peu plus tardive de sa manifestation, par son évolution graduelle, par le fait qu'elle n'apparaît qu'après la première injection, et en ce qu'elle accompagne habituellement la réaction de Jarisch-Herxheimer.

B. y joint une observation de neuro-récidive (méningée). Ch. Audry.

Sur l'action toxique du Salvarsan (Zur toxischen Wirkung des Salvarsans), par G. Stumpke et E. Bruckmann. *Berliner klinische Wochenschrift,* 1912, n° 7, p. 303.

Une observation d'ictère, et une observation de zona consécutives à des injections intra-veineuses de Salvarsan. — Dans le premier cas, le malade était porteur du chancre ; dans le second, la syphilis remontait à 4 ans, et le malade présentait une ulcération spécifique du nez. Ch. Audry.

Sur l'hypersensibilité dans les injections intra-veineuses de Salvarsan (Ueber Ueberempfindlichkeit bei intravenöser Salvarsaninjektion), par Wechselmann. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1912, t. 111, p. 155.

De même que l'injection intra-musculaire et l'injection sous-cutanée, l'injection intra-veineuse de Salvarsan peut parfois provoquer des accidents toxiques, dus à une hypersensibilité idiosyncrasique au médicament ; ils se manifestent vers le 8e-10e jour, sous forme d'érythème scarlatiniforme, de fièvre et d'angine. Cette hypersensibilité peut n'apparaître qu'après une deuxième injection.

Ces accidents sont-ils dus à l'action du Salvarsan même, ou comme le croit Ehrlich à celle du reste acide ? Ch. Audry.

Sur la question du traitement abortif de la syphilis par le Salvarsan (Zur Frage der Abortivbehandlung der Lues mit Salvarsan), par K. Stern. *Münchener medizinische Wochenschrift,* 1912, n° 7, p. 348.

14 cas traités pendant les 7 premières semaines de la maladie et suivis pendant un temps de 4 à 14 mois. 8 d'entre eux sont restés indemnes d'accidents cliniques ou sérologiques.

Les malades avaient reçu de une à trois injections intra-veineuses ou intra-musculaires de 0,40 à 0,60. Ch. Audry.

Résultats du traitement combiné de la syphilis par le Salvarsan et le mercure (Ueber die Erfolge der Kombinierten Salvarsan-Quecksilber-Behandlung bei Syphilis), par W. Scholtz. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1912, n° 7, p. 309.

Sur 375 syphilitiques traités par Salvarsan et Hg depuis un temps minimum de 2 mois, et moyen de 6 mois, S. a observé 71 récidives ; encore faut-il remarquer que la moitié de ces récidivistes avaient mal fait leur traitement mercuriel.

Sur 70 chancres, 60 sont restés sans manifestation (mais il y en a 19 anciens de moins de 6 mois).

Sur 122 sujets au stade secondaire, 34 récidives.

72 sujets sans accidents cliniques, mais avec un Wassermann positif ont fourni 64 succès.

Sur 36 tertiaires, 2 présentèrent une récidive clinique, et dans 40 pour 100 des cas, le Wassermann resta positif.

Sur 375 cas, S. n'a rencontré que 8 neuro-récidives dont 4 chez des sujets incomplètement traités.

En résumé : il considère comme extrêmement satisfaisants les résultats que lui donna la cure combinée.

En administrant deux ou trois fois de 0,60 à 0.80 de Salvarsan à des intervalles de 3 à 5 semaines, et en y associant un énergique traitement mercuriel de 5 à 6 semaines, il a obtenu 9 pour 100 de récidives ou d'échecs au stade primaire, 14 pour 100 au stade secondaire, 40 pour 100 au stade tertiaire, 5 pour 100 au stade de latence, récidives ou échecs manifestés par la séro-réaction ou par les accidents cliniques.

Mais la durée d'observation était de 3 mois à 1 an et quart ! (il ne faudrait compter que les cas d'au moins 6 mois de date, on verra alors le pourcentage grandir notablement. N. de T.). Ch. Audry.

Résultats d'observations cliniques prolongées de syphilis traitées par le Salvarsan (Resultate längerer klinischer Beobachtungen über die Behandlung der Syphilis mit Salvarsan), par P.-A. Pawlow. *Dermatologische Zeitschrift,* 1912, n° 2, p. 149.

Le Salvarsan agit très activement, et constitue un remède précieux. On ne peut guère admettre la guérison de la syphilis par une seule injection, même si on l'associe à une cure mercurielle énergique. Les récidives ne sont pas rares, 24 sur 63 malades. Même associé au mercure et à l'iode, il peut être impuissant contre les lésions du centre nerveux. Peut-être son emploi facilite-t-il l'apparition de manifestations cérébrales ou oculo-nerveuses. Quelquefois les manifestations cutanées (roséole) lui résistent. Quant à l'action habituellement très efficace sur les manifestations érosives, etc., P. a constaté les mêmes effets que les autres observateurs.

Ch. Audry.

REVUE DES LIVRES

La pratique neurologique, publiée sous la direction de M. P. Marie, par MM. O. Crouzon, G. Delamare, E. Desnos, Georges Guillain, E. Huet, Lannois, A. Léri, François Moutier, Poulard, Roussy, un volume gr. in-8 de 1408 pages avec 302 figures dans le texte. 1911, Masson, éditeur, Paris.

Bien qu'il s'agisse de neurologie dans ce volume, il intéresse aussi le dermatologiste car un grand nombre de lésions primitivement cutanées, plus particulièrement la syphilis, se compliquent ou aboutissent très souvent à des lésions variées du système nerveux. Plus que tout autre le syphiligraphe peut être appelé à diagnostiquer des affections nerveuses, or il est capital qu'il possède complètement la grosse séméiologie du système nerveux et qu'il sache dépister chez le syphilitique qu'il suit les premières atteintes nerveuses.

C'est à ce titre que cet ouvrage l'intéressera car il s'agit ici d'un traité de séméiotique.

L'idée très féconde qui a dirigé les auteurs est la suivante : faire en sorte qu'un médecin, nullement spécialisé en quelque sens que ce soit, puisse se trouver en état de pratiquer un examen complet de tous les appareils au point de vue de la pathologie nerveuse et de tirer de cet examen toutes les conséquences qui en découlent. Ils ont voulu qu'en ce volume on trouvât, dans les directions les plus diverses, tous les renseignements qui peuvent être utiles, non seulement pour poser le diagnostic clinique d'une maladie nerveuse, mais encore pour en poser le diagnostic anatomique et anatomo-pathologique. Enfin, les auteurs n'ont pas un instant admis que la Psychiatrie fût bannie de leur œuvre ; le lecteur trouvera donc, dans le présent volume, un exposé des notions psychiatriques indispensables pour la clinique journalière, et aussi tous les renseignements nécessaires pour l'internement des aliénés.

Une partie thérapeutique vient compléter les conseils autorisés donnés par les auteurs sur l'ensemble de la séméiologie nerveuse et de nombreux chapitres sont consacrés au traitement de la syphilis et de ses manifestations nerveuses, au traitement des algies, à l'emploi des médicaments hypnotiques et enfin à l'hydrothérapie. M. Huet s'est occupé des questions d'électro-diagnostic et d'électro-thérapie. Enfin un chapitre est consacré à l'autopsie des malades tant au point de vue macroscopique que microscopique ; les méthodes anatomo-pathologiques les plus récentes sont rapidement décrites.

Plus de 300 photographies, dessins, figures schématiques, éclairent le texte et en rendent la lecture plus démonstrative, en reproduisant notamment un grand nombre de cas cliniques que n'ont souvent pas eu l'occasion de voir les médecins praticiens pour lesquels ce livre a été écrit. P. Ravaut.

Traitement de la syphilis : mercuriaux, iode et iodures, arsenicaux (hectine, énésol), Salvarsan. Méthodes anciennes, méthodes nouvelles, par P.-L. Tissier et P. Blondin. Maloine, éditeur, Paris, 1912.

Bon ouvrage de vulgarisation et d'actualité où la praticien peut trouver réunis d'utiles renseignements sur les diverses méthodes de thérapeutique de la syphilis, et en particulier sur l'arséno-benzol.

L'ouvrage manque un peu de critique, et son information est parfois un peu courte ; mais il est susceptible de rendre de bons services aux médecins qui n'ont ni le loisir, ni le désir d'approfondir la question.

Toutefois, je crains que les auteurs ne soient beaucoup trop optimistes en ce qui touche les résultats éloignés fournis par le Salvarsan, dans le traitement de la syphilis. Je ne vois pas bien comment interpréter cette phrase d'après laquelle « depuis un an, sur 278 malades, les auteurs n'ont observé ni accidents sérieux, ni neuro-récidives » ; on peut cependant admettre que cette statistique est peut-être la plus heureuse que puisse invoquer la thérapeutique par le 606, et il ne serait pas prudent de compter sur une semblable.

Ch. Audry.

Syphilis héréditaire de l'âge adulte, par le Dr Edmond Fournier, (1 vol. avec 24 planches hors texte. Paris, 1912. Masson, éditeur).

Dans ce bel ouvrage, édité avec des gravures choisies parmi les plus instructives, l'auteur nous montre que l'hérédo-syphilis peut produire nombre des accidents qui lui sont propres, non seulement dans l'enfance et l'adolescence, mais aussi dans l'àge adulte et même, quoique plus rarement, dans la vieillesse. D'un relevé de 449 observations fait par Ed. Fournier il résulte que les manifestations de l'hérédo-syphilis tardive ont apparu dans 241 cas de 21 à 30 ans, dans 85 cas de 31 à 40 ans, dans 40 cas de 41 à 50 ans, dans 16 cas de 51 à 60 ans, et dans 3 cas au delà de 60 ans. De ces notions se déduit l'enseignement suivant : quel que soit l'âge de la vie où le médecin constate un accident pouvant être rapporté à une affection syphilitique, il doit en rechercher l'origine, non seulement dans une infection acquise, mais dans une infection héréditaire. Les manifestations par lesquelles se fait connaître une hérédo-syphilis à échéance tardive, sont toutes d'ordre tertiaire. Ed. Fournier dans une série de chapitres décrit successivement : les affections cutanées, ulcères gommeux, les syphilides tuberculeuses, les gommes, les ulcères gommeux dégénérés des membres inférieurs, qualifiés à tort du nom d'ulcère variqueux. Il insiste sur la cellulite gommeuse pelvienne, affection rare, facile à confondre avec l'ostéosarcome pelvien. Viennent ensuite les affections tégumentaires des organes génitaux, les localisations naso-gutturales, les affections de la bouche, des yeux et des oreilles. Quand il s'agit du diagnostic de toutes ces affections il est capital de ne pas s'arrêter toujours à l'idée de syphilis acquise, mais de songer aussi à la syphilis héréditaire, quel que soit l'âge du malade.

Les mêmes réflexions s'appliquent aux ostéopathies dont l'auteur décrit les diverses formes ostéalgiques et à localisations multiples, les formes dites scrofuleuses, et déformantes ou hypertrophiques, dites encore maladie de Paget. Nous ne pouvons que faire remarquer l'originalité de ces études sur les osthéopathies et sur les arthropathies, telles que la synovite symé-

trique de Clutton, l'ostéoarthropathie hyperostosique, l'arthrite ostéophytique, le rhumatisme chronique déformant. Ed. Fournier démontre que cette dernière affection, dont le début chez des sujets jeunes doit éveiller l'attention, est au nombre des manifestations par lesquelles peut se traduire l'hérédo-syphilis. Il en est de même pour les adénopathies gommeuses, pour la fausse scrofule ganglionnaire de l'hérédo-syphilis, faisant facilement égarer le diagnostic. Fait curieux, certaines cardiopathies, bien qu'issues d'une cause héréditaire, n'entrent en scène que dans l'adolescence, ou même quelquefois dans l'âge adulte. Certains rétrécissements mitraux ne se manifestent qu'à l'âge de 25, 27 ans. Même remarque à propos des affections artérielles et à propos des diverses affections viscérales, pulmonaires, hépatiques, spléniques, rénales, testiculaires, ovariennes. A la suite de ces dernières Ed. Fournier revient sur les funestes conséquences exercées par l'hérédo-syphilis de première génération sur l'hérédo-syphilis de seconde génération et met en relief les travaux de Tarnowski et du Pr A. Fournier.

Dans les chapitres consacrés aux affections du système nerveux, je relèverai les conclusions relatives aux encéphalopathies qui se manifestent à la seconde génération des syphilitiques avec leurs caractères habituels de gravité et de spécificité : dans les cas douteux, le traitement d'épreuve s'impose toujours. Ed. Fournier montre que la syphilis héréditaire produit le tabes tout comme la syphilis acquise. Ce tabes peut se révéler dès les premières années de l'existence, mais sa plus grande fréquence d'invasion s'observe de 20 à 30 ans ; il devient plus rare de 30 à 40 et exceptionnel de 40 à 50 ans. De même, suivant Ed. Fournier, la paralysie générale de l'hérédo-syphilis a ses échéances préférées pour l'adolescence et la jeunesse.

Remarquable dans la jeunesse, par ses caractères de démence sans délire et son évolution lente, elle reprend, quand elle se produit dans l'âge adulte entre 20 et 40 ans, ses symptômes classiques et son allure habituelle. Les descendants des paralytiques généraux sont prédisposés aux affections du système cérébro-spinal, paralysie infantile, épilepsie, hystérie, névroses, psychoses.

Les myélopathies hérédo-syphilitiques sont susceptibles d'entrer en scène non seulement à l'âge adulte, mais à des termes plus ou moins avancés de cet âge adulte, à 30 ans, et même à 40 ans, et ces faits ne doivent pas être considérés comme des exceptions rares. Ed. Fournier remarque que l'hérédo-syphilis médullaire a plus de tendance à diffuser sur les centres nerveux que la syphilis acquise et par conséquent, à affecter une localisation cérébro-spinale. Les myélopathies hérédo-syphilitiques revêtent fréquemment les formes spasmodiques.

En résumé, bien que plus fréquemment reconnues dans la jeunesse, les manifestations de l'hérédo-syphilis peuvent se produire à tout âge. Ces manifestations tardives, en général d'ordre tertiaire, peuvent revêtir le type moins caractérisé, dit parasyphilitique ; elles atteignent fréquemment le système nerveux. En faisant ressortir la gravité de leur pronostic et la gravité du pronostic de l'hérédo-syphilis en général, Ed. Fournier recommande énergiquement l'emploi des *méthodes préventives* pour combattre les désastres que cause l'hérédo-syphilis. Il montre le petit nombre de femmes

enceintes traitées de leur syphilis pendant leur grossesse. Il fait remarquer la grande faute commise si fréquemment de ne pas traiter les enfants nés sains en apparence. Il met en évidence l'utilité de la science des stigmates de l'hérédo-syphilis, aujourd'hui corroborée par la réaction de Wassermann. Enfin il insiste sur la nécessité des traitements préventifs trop souvent négligés : 1° l'enfant hérédo-syphilitique devra être traité avant la naissance, pendant la grossesse ; 2° si la mère, si l'enfant ont été reconnus syphilitiques par les stigmates ou par la réaction de Wassermann, le traitement est obligatoire ; 3° enfin ce traitement de l'hérédo-syphilis, comme intensité et comme durée, ne devra pas être inférieur à celui de la syphilis acquise.

En terminant, Ed. Fournier nous fait espérer que dans un prochain ouvrage il étudiera les méthodes thérapeutiques auxquelles il faut donner la préférence. Une telle étude serait, en effet, le digne complément de l'œuvre qu'il a jusqu'à présent si bien conduite et qui vient parachever celle du Pr Fournier en mettant en lumière les points qu'il n'avait pu élucider. L'ensemble de ces travaux, auxquels nous avons assisté, constitue la plus belle contribution à l'histoire de l'hérédo-syphilis dont puisse s'enorgueillir la syphiligraphie contemporaine. C'est simplement avec justice qu'on pourrait leur proposer cet exergue : *Exegit monumentum pater quod filius coronavit.*

F. Balzer.

Le Gérant : Pierre Auger.

CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT.



TRAVAUX ORIGINAUX

DERMATOMYCOSE VÉGÉTANTE DISSÉMINÉE DUE AU MYCODERMA PULMONEUM

Par MM.

Balzer,
Médecin de l'hôpital
Saint-Louis.

Gougerot
Agrégé.

et Burnier,
Ancien interne.

Les mycoses deviennent de plus en plus fréquentes, on découvre des parasites nouveaux, on retrouve des parasites anciennement décrits (1), des germes que l'on n'avait isolés que dans les expectorations de bronchitiques chroniques, de tuberculeux, et que par conséquent, on pouvait croire de simples saprophytes, sont isolés de lésions cutanées : il en est ainsi du *Mycoderma pulmoneum* que nous avons pu cultiver dans une dermatite végétante et verruqueuse en placards disséminés.

I

MULTIPLICITÉ DES DERMATITES VÉGÉTANTES : UNE VARIÉTÉ NOUVELLE DUE AU MYCODERMA PULMONEUM

Les dermatites végétantes microbiennes étaient autrefois confondues avec les affections cancéreuses.

On isola d'abord les tuberculoses végétantes des muqueuses ou plutôt des demi-muqueuses, les lupus scléreux verruqueux de Vidal, les lupus végétants de Bazin, les tuberculoses verruqueuses cutanées de Riehl et Paltauf.

On reconnut ensuite que des placards végétants confondus avec les lupus ou les épithéliomas étaient d'origine mycosique : blastomycoses américaines appelées à tort oïdiomycoses (2) des Américains dont nous devons la découverte à Gilchrist et aux travaux américains, d'où le

(1) De Beurmann et Gougerot, *Les Sporotrichoses*. F. Alcan, Paris, 1912.
(2) De Beurmann, Gougerot et Vaucher, Oïdiomycose gommeuse ulcéreuse disséminée, mycose nouvelle due à un parasite nouveau : l'*Oïdium cutaneum* (ancien groupe des Blastomycoses). Étude critique des oïdiomycoses. *Revue de médecine*, n° 12, déc. 1910, p. 937.

nom de mycose de Gilchrist ou zymonematose de Gilchrist que l'un de nous leur a donné (1). Ces mycoses qui sont fréquentes dans les deux Amériques semblent exceptionnelles en Europe.

On s'aperçut bientôt que les sporotrichoses parmi tant de formes cliniques pouvaient revêtir la forme verruqueuse ainsi que le prouvent les observations de de Beurmann et Gougerot en 1907 (2), celles de Gaucher et Fouquet, Balzer, Danlos, en 1908, etc. Ces sporotrichoses verruqueuses deviennent de moins en moins rares et Gougerot dans le service du Pr Gaucher pouvait dernièrement en observer deux cas nouveaux : l'un ne présente qu'un seul foyer à la main ; l'autre est remarquable par la dissémination de larges placards aux deux mains, aux avant-bras, au cou, à la face postérieure du thorax : le malade qui, il y a trois ans, fut atteint de sporotrichose gommeuse sous-cutanée banale ne présente aujourd'hui que ces lésions verruqueuses ; sa sporotrichose prend donc un aspect spécial jusque-là inconnu (3) : les lésions disséminées sont uniquement verruqueuses.

Si les zymonematoses américaines et les sporotrichoses sont les mycoses qui le plus fréquemment déterminent les dermatites végétantes, d'autres champignons, nouveaux et anciens, peuvent les produire : Bruno Bloch et Ad. Vischer ont isolé en 1910 (4) de placards verruqueux des mains suivis de lymphangites gommeuses ascendantes fistulisées (avec transformation verruqueuse de la peau environnant les fistules) un champignon nouveau étudié et dénommé *Mastigocladium Blochii* par Matruchot (5) ; nous avons en 1910 (6) cultivé le *Mycoderma pulmoneum* dans une dermatite végétante et verruqueuse.

Les dermatomycoses végétantes se multiplient donc à mesure que l'on recherche systématiquement les champignons pathogènes.

(1) De Beurmann et Gougerot, Les Exascoses, Endomycoses et Parendomycoses (Muguet), Saccharomycoses (mycose de Busse-Buschke) et Parasaccharomycoses. Zymonematoses (mycoses de Gilchrist). Revision et démembrement de l'ancien groupe des blastomycoses. *Soc. méd. des Hôp.*, 1909, nos 26 et 27, p. 222 et 250, et *Tribune médicale,* 7 et 11 août 1909.

(2) *Soc. médicale des Hôpitaux,* 7 juin 1907, p. 596 (malade n° XII), et *Tribune médicale,* 2 nov. 1907, p. 693 (malade n° VI).

(3) Ces placards verruqueux sont le résultat les uns d'auto-inoculations par grattage (voir malade n° XII de de Beurmann et Gougerot, *loco citato*), les autres d'inoculation de l'épiderme par la fistule d'une gomme sous-cutanée (voir malade n° VI de de Beurmann et Gougerot), un moulage, n° 2667, déposé au musée de l'hôpital Saint-Louis, exécuté par Cordenot sur les indications de Gougerot, met en évidence ce mécanisme pathogénique.

(4) Bruno Bloch et Ad. Vischer, Die Kladiose, etc. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, Bd. CVIII, 3 Heft, p. 477. Résumé in Gougerot, *Soc. Dermat.*, 9 nov. 1911, n° 8, p. 391, et *Paris médical,* 1912.

(5) Matruchot, Un nouveau champignon pathogène pour l'homme, le *Mastigocladium Blochii. Acad. des Sciences,* 6 février 1911.

(6) *Soc. Dermat.*, 1er déc. 1910, n° 9, p. 342. L'identification non faite au moment de la présentation a été signalée dans : Gougerot, La question des Blastomycoses. *Paris médical,* 15 avril 1911, n° 20, p. 459.

Enfin l'un de nous avec Gaucher et Dubosc (1) montrait que des cocci pyogènes pouvaient réaliser des lésions verruqueuses simulant les tuberculoses verruqueuses au point que l'erreur de diagnostic fut faite et au congrès de Rome il en rapportait de nouveaux exemples (2).

En résumé, les dermatites végétantes parasitaires qui autrefois semblaient se résumer dans les tuberculoses cutanées et muqueuses, réprésentent donc un syndrome que peuvent réaliser non seulement le bacille tuberculeux, mais des champignons différents, parasites américains du groupe *Zymonema Gilchristi, Sporotrichum Beurmanni, Mastigocladium Blochii, Mycoderma pulmoneum*... et aussi des streptocoques et cocci cutanés.

C'est à la variété nouvelle de dermatomycose due au *Mycoderma pulmoneum* qu'est consacré ce travail.

I

Observation.

Évolution clinique. — J... Adrien, 37 ans, porteur de légumes verts aux Halles, vient consulter à l'hôpital Saint-Louis, salle Bazin, le 17 octobre 1910, pour des placards ulcéro-végétants multiples disséminés.

Cet homme assez vigoureux n'a jamais été malade jusqu'en 1903. Il n'a jamais eu de chancre, il ne présente aucun stigmate de syphilis, la réaction de Wassermann-Neisser-Brück est négative. On ne constate aucun signe de tuberculose pulmonaire.

La maladie actuelle remonte à sept ans : en 1902, il a présenté une première ulcération de la grandeur d'une pièce de 5 francs à la face externe de l'avant-bras droit et une seconde ulcération à la face postérieure de la jambe droite. Ces deux lésions traitées par la poudre de calomel se cicatrisent en un mois et demi environ.

En 1905, de nouvelles ulcérations apparurent dans les mêmes régions, elles furent traitées par des pansements humides et durèrent deux mois.

En 1909, les lésions récidivent et se multiplient décidant le malade à entrer le 21 décembre salle Bazin. Il présentait des lésions ulcéro-végétantes disséminées à l'avant-bras droit, à la jambe droite, sur le dos, à la région lombaire, sur l'épaule droite. Ces lésions de l'épaule correspondent aux surfaces de pression des courroies de la hotte qu'il portait tous les matins aux Halles et les lésions lombo-dorsales à la surface de pression de la hotte elle-même. On crut d'abord à des syphilides anormales tuberculo-ulcéreuses disséminées, le malade prit de l'iodure de potassium et reçut 20 injec-

(1) Gaucher, Gougerot et Dubosc, Pyodermite impétigineuse verruqueuse (impétigo verruqueux). *Soc. Dermat.*, 24 avril 1911, n° 4, p. 139.

(2) Gougerot, Affections tuberculoïdes dues à des microbes pyogènes. *VIIe Congrès international de Dermatologie*. Rome, avril 1912, in *Progrès médical*, 18 et 25 mai, 1912 n°s 20 et 21, p. 245 et 257.

tions d'hectine. Au bout de 33 jours, le malade quitte l'hôpital, presque complètement guéri, sauf au niveau de la jambe, qui n'était pas encore cicatrisée.

La récidive ne tarde pas et le 17 octobre 1910, le malade revient salle Bazin, avec des lésions à peu près identiques quoique un peu plus étendues. On doute alors du diagnostic de syphilis : la réaction de Wassermann-Neisser-Brück est négative : l'état général est bon; l'examen des viscères ne révèle pas de lésions internes appréciables. Se souvenant de la fréquence des sporotrichoses on pense à une mycose.

Sur les téguments on note six groupes lésionnels (fig. 1 et 2) :

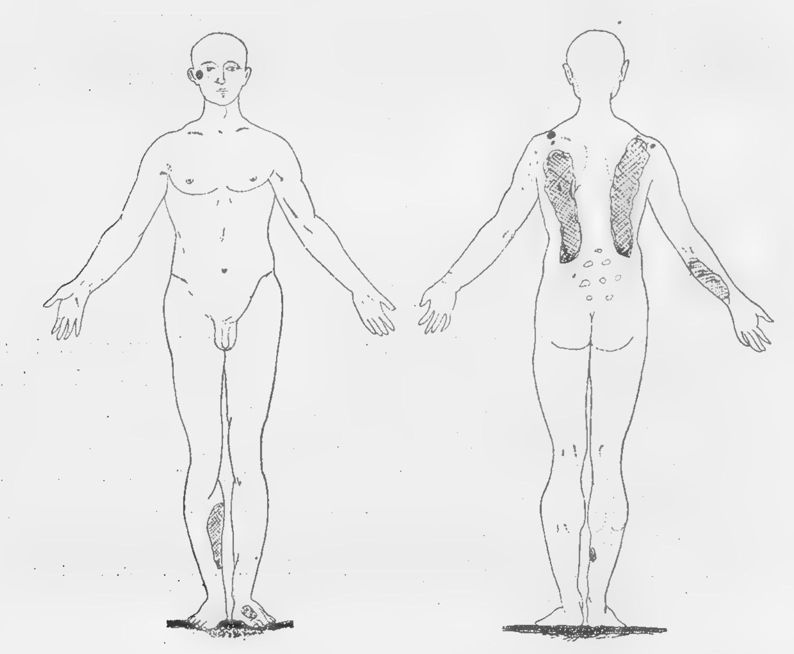


Fig. 1 et 2. — Dermatite ulcéro-végétante due au *Mycoderma pulmoneum*. Distribution des lésions.

1° Le plus étendu se trouve à la région dorsale (fig. 3). Les lésions sont ymétriques: elles décrivent de chaque côté du rachis, une courbe à convexité interne et s'étendent, à droite et à gauche, depuis l'épaule jusqu'au niveau d'une ligne passant par la neuvième vertèbre dorsale. Les placards sont constitutés par des éléments ulcéro-végétants isolés, ou confluents, variant de la grandeur d'une pièce de 1 franc à celle d'une pièce de 5 francs. Les uns, les plus nombreux, sont confluents, simulant par places une longue bande ulcéreuse. Les autres sont isolés, séparés par des intervalles de peau saine. Ces ulcérations à fond creux peu ou pas végétant, ou leurs incrustations, ont des bords déchiquetés, irréguliers, souvent cerclés d'une collerette épidermique squameuse, simple ou double, entourée elle-même d'une large auréole violacée infiltrée. La palpation révèle un infiltration de consistance fongueuse envahissant l'hypoderme. Au premier abord, la surface des lésions paraît nette ; mais la pression, toujours douloureuse, fait sourdre par

de petits pertuis restés invisibles, des gouttelettes de pus jaunâtre, mal lié. Cette fistulisation indique une suppuration hypodermique des infiltrats que l'on sent à la palpation. Cet aspect d'ulcération superficielle le plus souvent non végétante, avec pertuis multiples en écumoire, communiquant avec des microabcès profonds, est très spécial à ces lésions et se retrouvera sur tous les autres placards cutanés que présente le malade.

2° Au-dessous de ces deux bandes ulcéreuses et sur la ligne médiane, on aperçoit les cicatrices pigmentées, arrondies ou ovalaires, disséminées des ulcérations de 1909.

3° Sur la face postéro-interne de l'avant-bras droit, existe un placard



Fig. 3. — Placards du dos en octobre 1910 : Lésions végétantes, ulcéro-croûteuses, les unes en activité, les autres en voie de cicatrisation.

végétant, ovalaire, de 17 centimètres de hauteur sur 9 centimètres de largeur (fig. 4). Cette lésion est irrégulière : le centre est un tissu cicatriciel rose violacé, lisse, çà et là mamelonné de petites nodosités infiltrées dermiques, la plupart non ulcérées et squameuses. Les bords sont épaissis, infiltrés, douloureux, d'un brun violacé foncé. A la partie inférieure ils sont parsemés de petites ulcérations croûteuses dont le fond est végétant ; en certains points, les languettes cutanées des ulcérations mal accolées par la cicatrisation, forment des « ponts » cicatriciels. A la partie supérieure de la plaque, les lésions sont en pleine activité et plus douloureuses ; il existe encore là deux aires saillantes végétantes, verruqueuses, croûteuses, fissurées, suppurant abondamment. La lésion semble dermique et pourtant la pression fait sourdre de la profondeur des gouttelettes purulentes.

4° A la face postéro-interne de la jambe droite, vers le tiers moyen (fig. 5), existe un large placard verruqueux de 10 centimètres sur 15 centimètres

analogue à celui de l'avant-bras, mais en voie de cicatrisation. Sur la cicatrice, on note de nombreuses ulcérations de la grandeur d'une pièce de 0 fr. 50 et de 2 francs.

5° Sur la face dorsale du pied gauche, on remarque un placard rectangulaire violacé, infiltré, cicatrisé.



Fig. 4. — Placard verruqueux de l'avant-bras droit : lésions tout à fait caractéristiques, mélange de végétations, de fissures d'ulcération, de placards cicatriciels avec ou sans pigmentation.

6° A la région temporale droite, en avant de l'oreille (fig. 6), on note une ulcération de la grosseur d'une pièce de 2 francs entourée d'une infiltration rouge violacé ; le fond ulcéreux est mamelonné, suintant abondamment et présente les mêmes fistules en écumoire que les autres lésions.

Le malade raconte que ces ulcérations débutent par une pustulette acnéiforme qui s'ulcère et suppure. On remarque un certain nombre de ces élé-

ments disséminés sur le tronc (voir fig. 7), et sur les bras : pressés entre le pouce et l'index, ils laissent sourdre une goutte de pus et de sang.

Les ensemencements du pus de tous les placards et de ces pustulettes acnéiformes faits et refaits à plusieurs jours d'intervalle isolent un champignon toujours le même.

On soumet aussitôt le malade au traitement ioduré et aux injections d'hectine : dix injections de 0 gr. 20 ; les lésions rétrogradent lentement mais progressivement ; le 2 novembre, l'ulcération de la face est complètement cicatrisée. Le placard de l'avant-bras est presque entièrement sec, sauf la partie supérieure qui suinte encore légèrement. La jambe droite et le pied gauche sont complètement cicatrisés. Enfin le dos présente encore quelques pertuis très rares, par où perle une goutte de pus. Mais la peau est devenue plus souple, moins infiltrée. La douleur a disparu. Les intervalles de peau saine sont plus nombreux que les surfaces malades.



Fig. 5. — Placard végétant et cicatriciel de la face postéro-interne de la jambe droite : le placard est presque cicatrisé au centre, seule persiste en bordure une zone végétante papillomateuse avec ulcérations multiples.

Le 5 décembre 1910, le malade sort complètement cicatrisé et reprend son travail.

Le 6 janvier 1911, il rentre de nouveau salle Bazin, car ses lésions se

sont encore ulcérées. Au niveau du dos, la bande droite reste cicatrisée, mais la bande gauche est de nouveau suintante et verruqueuse (fig. 7). Il en est de même au niveau de l'avant-bras et de la jambe (fig. 8). Le malade est remis au traitement ioduré et ses lésions recouvertes de pansements humides au sulfate de cuivre faible. Mais en raison de la lenteur de la cicatrisation, on pratique un raclage des lésions sous chloroforme. Toutes les masses bourgeonnantes sont enlevées jusqu'au derme et les plaies sont ensuite pansées aseptiquement ; en même temps on continue le traitement interne ioduré et arsenical. La cicatrisation complète demanda plus de 3 mois. La guérison semblait complète, mais le malade n'a pas été revu ces mois derniers.

Tels sont les caractères si spéciaux de cette dermatomycose : début par une pustulette acnéiforme qui s'étend, s'ulcère, s'incruste, donnant

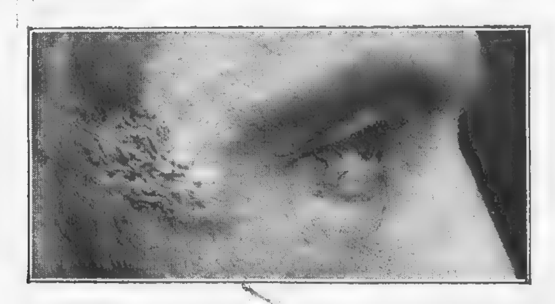


Fig. 6. — Placard végétant de la région temporale.

un mélange d'ulcération et de dermatite végétante ; extension de l'ulcération dont le fond devient bourgeonnant ; ulcération à bords irréguliers déchiquetés ; fond ulcéreux semblant net au premier abord, mais la pression fait sourdre, par des pertuis multiples, des gouttelettes purulentes, ou suppuration en écumoire, témoin de l'envahissement de l'hypoderme ce que confirme la sensation d'infiltration fongueuse à la palpation ; transformation (non constante) de l'ulcération en placard végétant ; envahissement de la peau environnante qui s'infiltre, devient verruqueuse et végétante ; placard irrégulier à bords diffus, progressifs, non saillants, formé d'un mélange de végétations à gros mamelons humides et de verrucosités sèches kératosiques (donc aspect irrégulier mixte) séparés par des sillons suintants et parsemé de micro-abcès qui laissent sourdre des gouttelettes de pus visqueux ; cicatrice lisse, indurée, rétractile, rose violacée, parsemée de petits mamelons (reliquats de peau saine) à bords irréguliers, à languettes pigmentées, souvent mal accolées au fond de la cicatrice et formant « pont » ; grande résistance au traitement ioduré et arsenical ; récidive sur le bord de la cicatrice sous forme de verrucome.

Ces caractères distinguent cette dermatomycose des autres variétés

de dermatites végétantes : la syphilis avec ses papules, ses ulcérations à bords nets, curvilignes, tracés au compas, n'a pas cette apparence, même dans ses variétés framboesiformes. La tuberculose ne réalise ces mélanges de verrucomes secs, de végétations humides, d'abcès. La mycose de Gilchrist a des placards plus saillants, plus végétants, à bords nets « ourlés », non diffus, sans mélange. La sporotrichose peut être aussi polymorphe, mais elle est moins cicatricielle et moins tenace; toujours jusqu'à présent les sporotrichosides verruqueuses à placards multiples disséminés ont été précédées de gommes sous-cutanées. La cladiose de Bruno Bloch s'accompagne de lymphangite gommeuse. Les verrucomes dus à des cocci ont une évolution plus rapide et plus bénigne. Cliniquement cette dermatite se séparait donc des affections voisines végétantes, elle ne ressemblait à aucun des types cliniques connus et cette singularité nous orienta immédiatement vers le diagnostic de mycose, sans doute d'une mycose inconnue, ce que confirmèrent les examens bactériologiques.

Bactériologie. — Des épreuves en série qui purent être très complètes affirment le diagnostic de mycose.

Les frottis de pus montrent un champignon à gros éléments ovoïdes, parfois placés bout à bout ébauchant, un filament (fig. 9 et 10).

L'ensemencement des pustulettes acnéiformes du tronc (lésions naissantes), des ulcérations creuses à suppuration en écumoire du dos, des ulcérations et des placards végétants des membres, l'ensemencement de la sérosité et des gouttelettes de pus qui suintent des micro-abcès, l'ensemencement des végétations raclées à la curette, *faits et refaits à plusieurs jours d'intervalle*, à froid ou à 37°, donnèrent *tous et toujours le même champignon* (fig. 13). Les cultures étaient le plus souvent mêlées de staphylocoques blancs et d'un petit bacille d'infection secondaire non pathogène pour les animaux : lapin, cobaye, souris; quelquefois les cultures du champignon étaient pures, ce qui est une nouvelle preuve du peu d'importance des bactéries associées. Suivant les tubes les colonies de champignons étaient plus ou moins abondantes.

— Le sérum du malade agglutine son propre champignon à 1 pour 100; la réaction de Wassermann-Neisser-Brück est négative.

— Les fragments du raclage chirurgical à la curette (comprenant donc toute l'épaisseur de la lésion) inoculés sous la peau de deux cobayes ne les ont pas tuberculisés.

Anatomie pathologique. — La structure des placards de dermatite végétante et des ulcérations enlevées chirurgicalement sous anesthésie (comprenant donc des éléments complets) est identique à celle des

sporotrichomes décrits par de Beurmann et Gougerot en 1906-1907 dans les *Annales de Dermatologie.*

Les *verrucosités épithéliales* ont le même aspect irrégulier. L'épiderme qui recouvre les papilles est tantôt mince, dénudé (ce qui répond aux régions humides suintantes), tantôt épaissi, kyperkératosique (ce qui correspond aux parties verruqueuses); les travées épithéliales sont minces, elles s'enfoncent profondément dans le derme et semblent bifurquer, se ramifier, limitant d'énormes papilles enflammées ; quelques



Fig. 7. — Récidive des lésions du dos en janvier 1911 ; à gauche, reprise des lésions ulcéro-végétantes ; à droite les lésions restent cicatrisées, sauf une zone inféro-interne (comparez figure 3). Sur le bord gauche du rachis on note des pustulettes acnéiformes qui marquent le début des placards ulcéro-végétants.

travées épithéliales hypertrophiées contiennent une ébauche de globe corné. L'exocytose est peu intense, se réduit à quelques polynucléaires neutrophiles ou éosinophiles, insinués entre les cellules malpighiennes. La germinative est souvent dissociée. Par exception, les polynucléaires s'accumulent pour former un micro-abcès intra-épidermique ; plusieurs de ces abcès sont logés au centre d'une sorte de globe corné. Il y a peu ou pas d'exosérose.

L'infiltrat papillaire et sous-papillaire est le même que dans la sporotrichose, les lésions prédominent dans la zone sous-papillaire et envahissent souvent les premières couches de l'hypoderme. L'infiltrat est moins dense dans les papilles : ces papilles sont énormes, formées de fines fibrilles conjonctives séparées par des mailles étroites œdématiées contenant des macrophages et des polynucléaires épars ; les cellules fixes sont en réaction inflammatoire basophile de Dominici ; les capillaires

sont dilatés et enflammés. La zone sous-papillaire est le siège d'un infiltrat diffus lympho-conjonctif basophile tacheté de formations tuberculoïdes, de micro-abcès polynucléaire et macrophagique : c'est donc le même mélange de trois réactions que dans la sporotrichose verruqueuse.

1. *L'infiltrat lympho-conjonctif* diffuse partout en nappes plus ou moins denses suivant les points. Il est formé de fibrilles collagènes et de cellules fusiformes enflammées noyées dans l'infiltrat, de macrophages, de plasmazellen, de mononucléaires moyens et surtout de lymphocytes; les capillaires sont enflammés, leur endothélium souvent se désagrège en se multipliant, l'infiltrat périvasculaire constitue des nodules et des traînées. Des bandes de cette infiltration tendent à se scléroser, les cellules-fibroblastes ordonnancées le long des fibrilles colla-

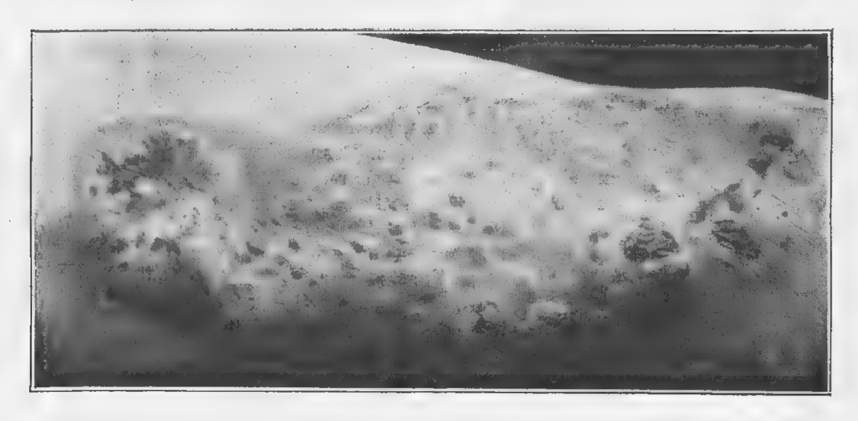


Fig. 8. — Récidive des lésions de l'avant-bras en janvier 1911 : la cicatrice ancienne reste intacte, sauf sur sa bordure inférieure et à son pôle supérieur. En ce point un nouveau placard s'étend et envahit (comparez figures 4).

gènes parallèles forment un tissu fibro-cellulaire de sclérose jeune (cet aspect rappelle les fibrosarcomes), certains capillaires sclérosent leur paroi. Cette sclérose qui n'avait pas été observée dans les sporotrichomes est expliquée par la chronicité des lésions de cette dermatomycose, alors que les sporotrichomes verruqueux ne durent que quelques semaines.

2. Les *formations tuberculoïdes* sont peu nombreuses, disséminées sans ordre dans l'infiltrat : cellules géantes isolées dérivant d'un capillaire, follicule épithélioïde centré d'une cellule géante. On note les figures de transition entre ces formations et les vascularites, transitions sur lesquelles Gougerot a tant insisté à propos des sporotrichoses (1).

3. *Abcès polynucléaires et macrophagiques.* Çà et là on découvre

(1) *Annales de Dermatologie,* 1907, *Soc. de la tuberculose,* mai 1911, p, 90 et *Journal de Médecine interne,* 30 avril 1912.

de petits ou de gros abcès creusés dans l'infiltrat, profonds ou superficiels, sous-épidermiques ou ulcérant l'épiderme dans le sillon qui sépare deux papilles végétantes. Ces abcès, le plus souvent assez bien délimités, quelquefois à tendance diffuse, ont une trame réticulée fibrineuse, noyée par les polynucléaires et les macrophages ; on y remarque quelques éosinophiles. Lorsque l'abcès a ulcéré l'épiderme la perte de substance est comblée par un réseau fibrineux.

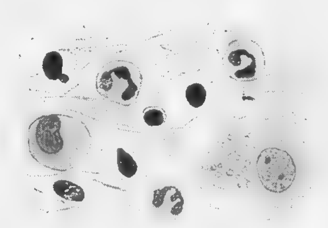


Fig. 9. — *Mycoderma pulmoneum.* — PARASITES DANS LE PUS DES LÉSIONS HUMAINES : FORME OVOÏDE BLASTOMYCÈTE. — Le pus très fibrineux contient des polynucléaires, le plus souvent altérés, parfois intacts, et en moindre quantité des mononucléaires petits (ou lymphocytes), moyens, grands (dits macrophages), et de rares cellules conjonctives enflammées, vacuolées. Les différentes formes parasitaires (réunies schématiquement sur cette figure, car elles sont exceptionnelles), sont rondes ou ovoïdes, ou piriformes ; l'un des parasites est surpris en voie de bourgeonnement : l'aspect du parasite est donc celui des blastomycètes, mais, on le sait, la forme levure ou blastomycète n'est qu'une forme d'adaptation que prennent dans les tissus les champignons les plus différents. Leurs dimensions oscillent entre $5\,\mu \times 7\,\mu$ et $4{,}5\,\mu \times 7\,\mu$.



Fig. 10. — *Mycoderma pulmoneum.* — PARASITES DANS LE PUS DES LÉSIONS HUMAINES : FORME FILAMENTEUSE. — Ces formes allongées d'aspect filamenteux sont, elles aussi exceptionnelles ; elles sont isolées ou réunies deux à deux. L'article isolé (situé à droite) a 2 à $3\,\mu \times 17\,\mu$; les deux articles placés bout à bout (sur le côté gauche de la figure) ont 3×15 et $2 \times 9\,\mu$.

Entre l'abcès constitué et la diapédèse de quelques polynucléaires dans l'infiltrat fibro-cellulaire basophile on note tous les intermédiaires.

On ne décèle pas de vascularites des gros vaisseaux, car l'hypoderme profond où siègent ces vaisseaux n'est pas envahi.

Il est impossible d'affirmer que certains corpuscules ronds, libres ou inclus dans les macrophages, sont des parasites, mais cette hypothèse est très probable.

II. — Parasitologie.

Le champignon isolé par la culture a été identifié par le Pr Vuillemin au *Mycoderma pulmoneum* (1). Il appartient donc au genre *Mycoderma* dont les espèces sont si nombreuses dans la nature. Cette fréquence explique qu'on les ait déjà rencontrés si souvent à l'état de saprophytes dans l'organisme.

« Les *Mycoderma*, dit Vuillemin, sont continuellement introduits dans le tube digestif avec les aliments. Ils sont habituels dans les selles. On en obtient souvent des cultures en semant les enduits de la bouche. L'appareil respiratoire en contient des germes qui se développent quand on sème les crachats dans des milieux appropriés. Leur pullulation est favorisée par les altérations pathologiques les plus diverses. Ils abondent dans les cavernes des tuberculeux et dans les bronches dilatées.

« Bennett (2) décrit, sous le nom d'*Oïdium pulmoneum* un *Mycoderma* trouvé chez un individu atteint de pneumothorax.

« Remak (3) signalait déjà la fréquence des mycéliums dichotomisés dans les crachats des phtisiques. »

Cao a isolé un *Oïdium* de l'expectoration d'un tuberculeux. « L'*Oïdium* n° 22 de Cao, dit Vuillemin, accompagnait le bacille tuberculeux dans un cas de bronchite chronique avec bronchectasie et emphysème. Il donnait sur gélose un enduit jaunâtre, grenu, très saillant, s'entourant avec l'âge de nombreux bouquets de filaments ramifiés. Il tuait le lapin en 10 à 14 jours. Le rein présentait des granulomes. Des cultures furent obtenues du foie et du cerveau. »

Vuillemin a vu « souvent les *Mycoderma* associés ou non aux bacilles tuberculeux ». Le champignon que nous avons fréquemment observé dans les crachats ressemble à celui de Bennett. Les dimensions sont un peu moindres que ne l'indique cet auteur (4-7 μ en moyenne au lieu de 5-10 μ de diamètre). Les chiffres ronds de l'auteur sont sans doute approximatifs. Le nom de *Mycoderma pulmoneum* (Bennet) Vuill. est très vraisemblablement synonyme d'*Oïdium pulmoneum* Bennett. Nous avons précisé ces caractères en 1891 en étudiant un champignon associé au bacille tuberculeux dans des crachats du Dr Legrain, alors à Lille. Nous les avons retrouvés semblables dans divers cas provenant de la Meuse (Dr Béruzier) et de Nancy (Dr Maleterre, etc.). C'était encore le même champignon qui était associé au

(1) Nous ne saurions trop remercier le Pr Vuillemin d'avoir bien voulu nous confier les notes inédites reproduites ici.
(2) *Trans. r. Soc. of Edinburgh*, vol. XV, 1842.
(3) Cité par Ch. Robin, 1853.

Leptothrix buccalis dans un noma de la bouche d'un enfant de la clinique du Pr Haushalter. Nous ne voyons pas de différence morphologique dans un cas dont nous devons communication au Dr Gougerot. »

Notre observation individualise donc un type nouveau, elle prouve que le *Mycoderma pulmoneum* peut, de simple saprophyte, devenir pathogène et déterminer à lui seul des lésions graves.

Le genre Mycoderma Persoon 1882.

Sa place en systématique. Discussions botaniques.

Le Pr Vuillemin fait l'historique du genre *Mycoderma* et discute sa place en systématique le séparant des *Oïdium*, etc.

« Persoon (Mycol. europaea, I, p. 96, 1822), crée, dit-il, le genre *Mycoderma* et le nomme d'après l'apparence extérieure de *voile*. Il soupçonne qu'il s'agit de Mucédinées.

« L'année suivante Desmazières (Catalogue des plantes omises dans la Botanographie de Belgique, dans les Flores du Nord de la France, Lille, 1823) reconnaît la texture du voile formé de filaments moniliformes simples ou rameux ; il suppose que ce sont des animalcules immobilisés et soudés dout à bout. Il en fait définitivement des champignons en 1826 (observations botaniques et zoologiques. Lille, tab. 8, fig. 5-9, 1826. — *Ann. des Sc. nat.*, t. X, p. 62, fig. 19-22, 1827). »

Vuillemin prend pour type du genre le *Mycoderma Malti-juniperini* Desm. 1826, dont la structure est analysée et figurée avec précision.

Mycoderma Malti-juniperini Desm. 1826. *Filamentis simplicibus ramosisve subflexuosis non moniliformibus in pelliculam albam rugatam intertextis. Articuli secedentes in forma parallelogrammi angulis rectis apice rotundatis.*

Supra maltum aquae-vitae juniperinae.

« La même espèce, dit Vuillemin, devint *Oïdium lactis* Fresenius 1850, *Oospora lactis* Saccardo 1886 et probablement *Geotrichum Mycoderma* Saccardo 1886.

« Le changement du nom spécifique *Malti-juniperini* en *lactis* peut à la rigueur se soutenir par suite de sa vulgarisation et de sa forme plus simple, ou comme nom collectif convenant à une série de petites espèces mal distinguées de l'espèce primitive. Le *Mycoderma lactis-butyri* Desm. 1853 n'en est pas nettement séparé.

« Le changement du nom générique *Mycoderma* en *Oïdium*, en *Oospora*, est injustifié et n'a fait naître que des confusions.

« Le nom d'*Oïdium* appliqué par Link, fondateur du genre à des Blastoporés (*Monilia*), à des Arthrosporés (*Torula, Sporendonema*), à des excroissances pathologiques (poils d'érinose), à des appareils co-

nidiens de *Myxotrichum* et d'Érysiphées, est limité à ces derniers, à la suite des découvertes des frères Tulasne, par tous les systématiciens modernes.

« Le genre *Oospora* Wallroth (1833) est sans valeur botanique. Son auteur nominal y confondait toutes les formes critiques réunies par Link dans le genre *Oïdium*. Le genre *Oospora* ne figure plus dans le *Nomenclator fungorum* de Streinz (1862), car les espèces de Wallroth étaient tombées en synonymie. Saccardo, Lindau ont tenté de tirer ce genre d'un juste oubli. Mais parmi les 90 espèces que ce dernier y rattache, nous n'en trouvons que deux de Wallroth : *Oospora uredinis* qui, de l'aveu de Lindau, est probablement un *Erinéum*, *Oospora virescens* qui est un *Torula* mal défini.

« On aurait quelque raison d'invoquer le principe de priorité en faveur du genre *Geotrichum* Link (1809). Mais le *Geotrichum candidum*, espèce unique de Link, est un simple facies des *Mycoderma* développés sur un terrain aride, autant du moins qu'on en puisse juger.

« Le genre *Mycoderma*, connu sous ses divers aspects, est mieux défini et plus solide. Il comprend exclusivement les espèces où les conidies vraies sont inconnues, où la multiplication est assurée par des articles issus de la désagrégation des filaments du thalle. Les articles sont des tronçons de cylindre courts, coupés carrément, ou secondairement arrondis. S'ils épaississent leur membrane, ils passent aux chlamydospores qui sont encope des thallospores répondant originellement au type arthrosporé.

« On a voulu rattacher les *Mycoderma* aux *Ascomycètes*, parce que divers Champignons pourvus d'asques (*Gymnoascus*, *Endomyces*, etc.) peuvent dans certaines conditions se perpétuer longtemps sous cette forme inférieure. Mais on oublie trop que Brefeld est arrivé à de semblables résultats en partant des basidiospores des *Collybia*, en particulier du *Collybia conigena*. « Supposez, dit-il, qu'une telle culture ait débuté, non par une basidiospore, mais par une oïdie trouvée quelque part, en voyant la prolifération se continuer indéfiniment, ne diriez-vous pas que c'est là un organisme spécifiquement distinct, un Saccharomycète allongeant et étranglant régulièrement ses filaments ? » Nous dirions plutôt que c'est un *Mycoderma*, car la dernière indication de Brefeld ne saurait convenir à un Saccharomycète. D'ailleurs on ne saurait se méprendre sur l'intention de Brefeld, car il ajoute «... On y rapporterait notamment le vulgaire *Oidium lactis* si souvent développé sur le lait. » *L'Oidium lactis* est précisément le type du genre *Mycoderma*.

« Les Champignons des teignes humaines, que l'on a dispersés, d'après des caractères superficiels ou de simples analogies, dans les genres *Sporotrichum*, *Acladium*, *Endoconidium*, *Oospora*, *Botrytis*,

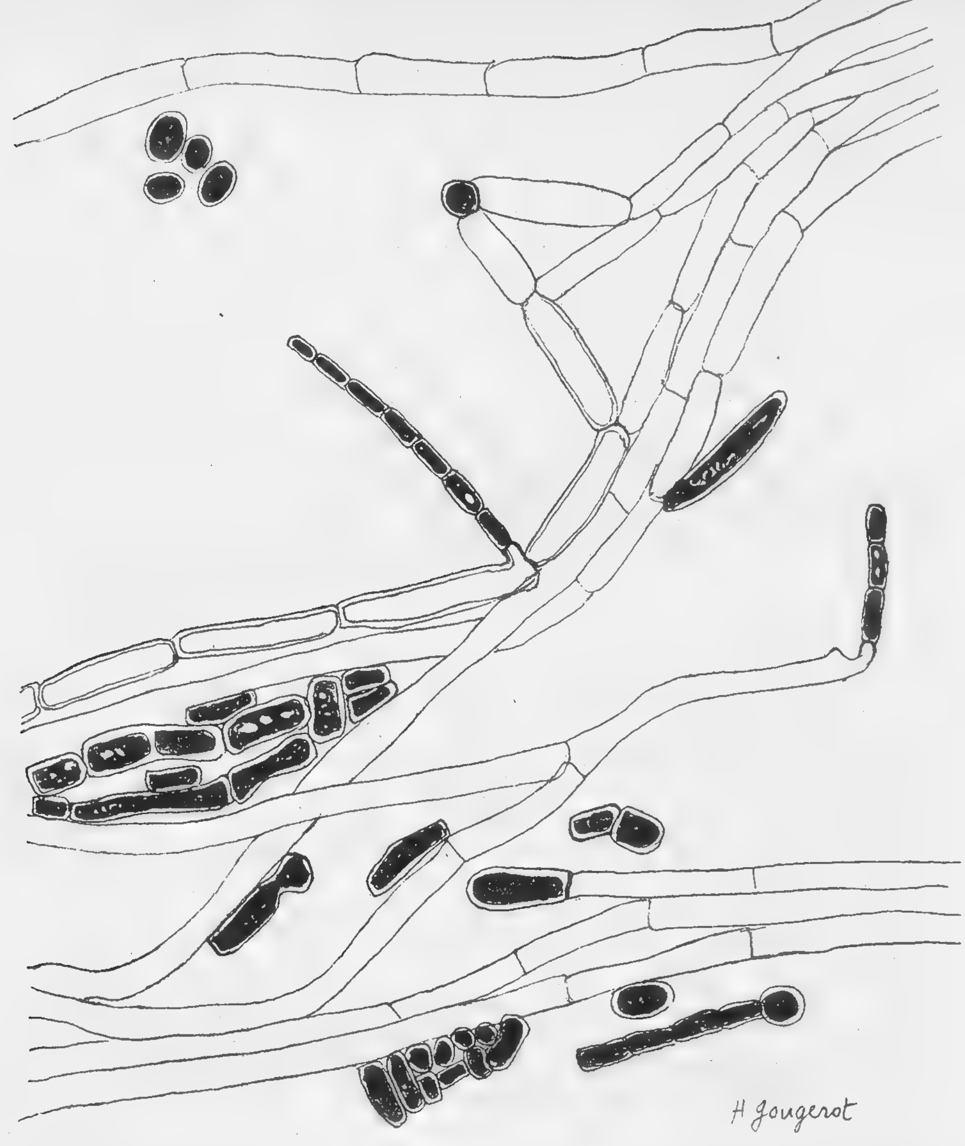


Fig. 11. — *Mycoderma pulmoneum.* — PARASITES *in vitro* (Dessin à la chambre claire, culture sur lame humide, coloration au bleu d'Unna. Grossissement: 2 μ = 1 millimètre).

Longs filaments incolores ramifiés, entrecroisés ou fasciculés parallèles ; ils sont formés d'articles inégaux de 6 à 8 μ de large et de 30 à 50 μ de long ; quelquefois des articles renflés atteignent, par exception, jusqu'à 9 et 10 μ de large. Sur certains filaments vieillis les cloisons sont incolores et il est impossible de préciser la longueur des articles.

Filaments jeunes à parois réfringentes plus colorables, à cloisons plus visibles formées d'un double contour. Les articles sont légèrement arrondis à leur extrémité près de la cloison ; ils ont de 6 à 8 μ de large sur 36 à 50 μ de long.

Spores de forme et de taille très variable : les unes sont détachées, les autres sont encore en place.

Les spores en place forment une chaîne d'éléments rectangulaires placés bout à bout, le premier s'insère sur le filament qui a émis près d'une cloison un petit prolongement de 3 à 4 μ de large sur 2 à 3 μ de long ; la chaîne contient 4 à 12 spores, rarement davantage. Les plus petites de ces spores ont 3 à 4 μ de large sur 6 à 10 μ de long, les moyennes ont de 4 à 5 μ sur 8 à 12 μ, les plus grosses atteignent jusqu'à 8 sur 24 μ.

Les spores détachées forment des amas irréguliers, elles sont très inégales : spore petite ronde de 4 μ de diamètre, spore quadrangulaire de 4 sur 6, spore rectangulaire petite de 4 sur 8, grosse spore ronde de 6 à 8, ou ovoïde de 8 sur 12 ; grosse spore rectangulaire, isolée ou double, de 8 sur 24 μ.

Parfois une spore oblongue, isolée, grosse de 10 sur 22 μ, termine un filament.

Le filament émet exceptionnellement un article de 7 à 8 μ sur 40 μ, à double contour, contenant des inclusions ponctuées et auréolées.

Le mode de reproduction supérieure est inconnu.

Gymnoascus, Eidamella, etc., répondent, au point de vue strictement botanique, à la définition du genre *Mycoderma.* Mais dans la pratique médicale on les répartit, d'après les caractères imprimés par leurs rapports avec l'hôte, dans les genres empiriques *Trichophyton, Microsporon, Achorion, Trichosporon,* plus utiles au médecin. »

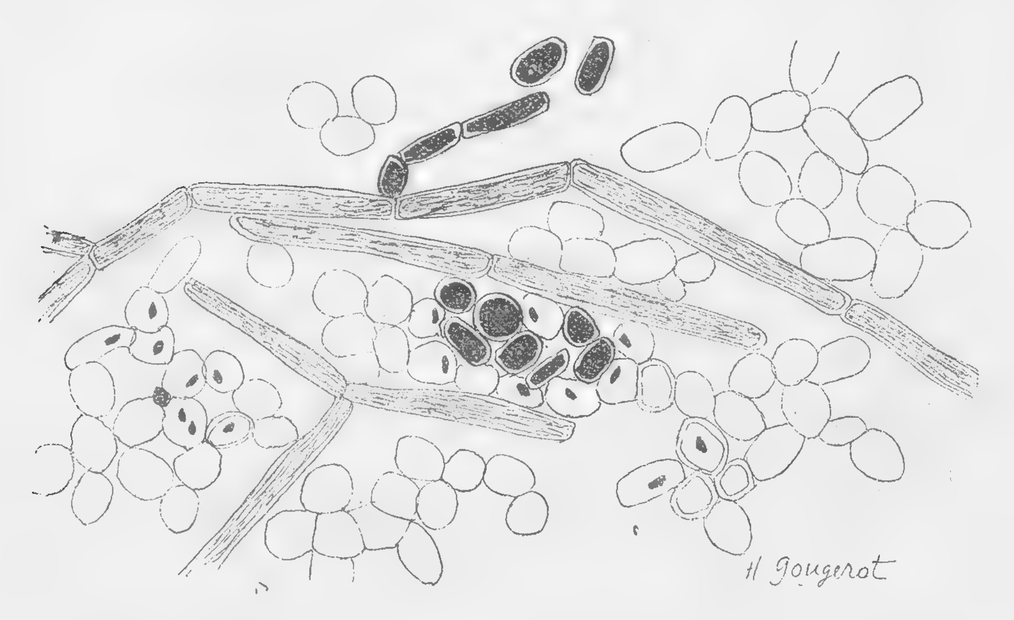


Fig. 12. — *Mycoderma pulmoneum.* — PARASITE *in vitro* (Dessin à la chambre claire, culture sur lame sèche, coloration au bleu d'Unna. Grossissement : 2 $\mu = 1$ millimètre).

Filaments jeunes à protoplasma colorable « treillissé », à paroi marquée par un double contour. Article de 6 à 8 μ sur 60 à 70 μ.

Spores très colorées identiques à celles de la figure précédente.

Formes mycéliennes arrondies de 10 à 12 μ sphéroïdes ou ovoïdes de 6 sur 16 μ : articles courts, isolés ou placés bout à bout, ébauchant des filaments incolorés. Souvent on aperçoit à leur intérieur un gros corpuscule coloré unique, rarement double.

« Il est permis de supposer que les *Mycoderma* sont des formes du développement de Champignons supérieurs, Ascomycètes ou Basidiomycètes. Mais nous manquons de preuve pour affirmer une telle affinité à plus forte raison pour supposer et une identité avec un groupe déterminé, tant que nous avons affaire à des *Mycoderma* sans lien connu avec une espèce pourvue d'asques ou de basides.

« En résumé : le nom de *Mycoderma* sera pratiquement réservé, en médecine, aux champignons qui forment des voiles, qui sont dissociés dans les liquides, ou étendus en enduits sur les surfaces, quand ils offrent, soit dans les produits pathologiques, soit dans les cultures, les caractères des Arthromycètes du genre *Mycoderma,* tels que Desmazières les a précisés. » (Vuillemin).

Mycoderma saprophytes et pathogènes.

« La distinction des espèces est peu avancée et l'on ne saurait dire à priori si un *Mycoderma* isolé de l'organisme est ou non pathogène. Si l'on peut démontrer son action nocive, ce n'est pas encore une preuve suffisante qu'il diffère des espèces banales.

« Par des inoculations aux animaux, Cao (1900) (*Zeitschrift für Hygiene XXXIV*, 2, p. 282-339) a reconnu que des champignons recueillis sur des fruits, ou provenant de personnes saines ou malades, étaient également inoffensifs ou également pathogènes.

« Le même auteur cherche à les grouper d'après l'aspect des cultures. Mais il confond sous le nom d'*Oidium* les *Mycoderma* dont les thallospores s'isolent par désarticulation et les *Monilia* où elles se séparent par bourgeonnement comme dans le champignon du muguet (Vuillemin). »

Caractères du *Mycoderma pulmoneum*.

Notre parasite fut identifié par le Pr Vuillemin, de Nancy, au *Mycoderma pulmoneum*.

Dans les *tissus*, le parasite revêt la forme soit d'articles courts ovoïdes de 4 à 7 μ répondant à la définition si vague des blastomycètes (fig. 9) (1), soit de filament court à gros articles de 2 à 3 μ sur 7, 9 et 15 μ.

Dans les *cultures* qui sont faciles à obtenir sur les milieux sucrés et végétaux, le parasite pousse vigoureusement.

Microscopiquement il prend la forme des *Mycoderma* ci-dessus décrite par le Pr Vuillemin.

Saccardo en donne la diagnose suivante :

« Saccardo. *Sylloge Fungorum* Hyphomyceteæ, t. IV, p. 16, n. 25. *Oospora pulmonea* (Benn.) Sacc. [*Oïdium pulmoneum* Bennett on the paras. fungi, Catt. mic. corp. um. p. 126, t. VI, f. 15].

Hyphis filiformibus ramosis, necontinuis, 5-10 μ diam. ; conidii in apice hypharum catenulatis, ellepoïderi v. subglobosis, 5-10 μ diam., hyalinis *Hab.* in sputo hominis meumite affecti in Britannia (Bennett). »

(1) Voir *loco citato*. Tribune médicale, 7 et 11 août 1909. Répétons une fois de plus que le blastomycète n'est qu'une forme d'adaptation de germes très différents à la vie parasitaire dans les tissus; c'est un « aspect » commun à des champignons disparates, une simple expression morphologique comme les termes de bacille, coccus.

Les caractère microscopiques de notre échantillon sont résumés dans les légendes des figures 11 et 12.

Macroscopiquement les cultures sont blanches, réticulées, peu saillantes (fig. 13).

Sur *gélose glycosée* les colonies isolées sont arrondies ; les colonies confluentes forment un large voile ; toutes sont peu saillantes, blanches, luisantes, parcourues de crêtes étroites, peu proéminentes, entrecroisées irrégulièrement, souvent anastomosées comme réticulées ; une auréole plate, plus ou moins large, entoure les colonies. Il est rare, même en vieillissant, qu'elles se couvrent d'une poussière blanc mat.

En *bouillon* et dans tous les milieux liquides favorables, les cultures forment des voiles.

Les *gélatines* non sucrées ne sont pas liquéfiées, alors que les gélatines glycosées favorables au développement du parasite sont liquéfiées (1).

Sur *pomme de terre*, carotte, betterave glycerinées, l'aspect est identique à celui sur gélose : plus souvent que sur gélose le voile se couvre d'un enduit blanc mat.

Les cultures de notre champignon sont *pathogènes* pour le cobaye, le lapin, le rat.

Un cobaye inoculé sur la peau du dos, un cobaye inoculé dans le péritoine meurent en deux jours de septicémie : l'autopsie révèle, en effet, de la congestion diffuse des viscères sans production de nodules.

Un lapin inoculé dans la veine meurt en 8 jours de septicémie après avoir présenté un amaigrissement rapide.

Deux rats inoculés, le premier sous la peau du dos, le deuxième dans les pattes, suivant la méthode de Pinoy, meurent rachitiques au bout de trois mois. L'autopsie ne montre pas de lésions nodulaires viscérales, mais l'un des rats est porteur d'une large ulcération anale mycosique.

III

Preuves de l'individualisation de cette nouvelle dermatomycose.

De même que dans tous les cas où le champignon cultivé est un saprophyte fréquent dans la nature, il importe de réunir un faisceau de preuves pour pouvoir affirmer le rôle pathogène du parasite étudié.

(1) Gougerot. *Journal de méd. int.*, 20 février 1910, n° 5, p. 42.

Les preuves nous semblent être ici convaincantes.

Preuves positives :

1° L'aspect clinique des lésions est très spécial, les lésions ne répondent à aucun type clinique connu et se distinguent des tuberculoses, sporotrichoses, zymonematoses (ou blastomycoses) américaines, des cladioses, de la syphilis, des pyodermites cocciennes ;

2° Les frottis de pus montrent le parasite avec les caractères habituels du *Mycoderma* (1) ;

3° Le même parasite, le *Mycoderma pulmoneum*, a été cultivé dans *toutes* les lésions ensemencées et à plusieurs jours d'intervalle ;

4° Le sérum du malade agglutine son propre champignon à 1/100 ;

5° Le champignon cultivé est pathogène pour les animaux ;

6° La structure histologique des placards végétants est celle des mycoses, en particulier des sporotrichomes verruqueux avec le mélange des trois réactions : lymphoconjonctive, tuberculoïde, polynucléaire ;

7° Les lésions ont été nettement, quoique lentement, influencées par le traitement iodure.

Preuves négatives :

1° Certaines cultures étaient pures, ne contenant pas de bactéries ;

2° Les bactéries associées étaient une surinfection banale, facile à concevoir sur lésions ouvertes en surface ;

3° Aucun autre germe n'a pu être décelé sur lame ou en culture : *Blastomycète, Sporotrichum, Oospora* ;

4° Les fragments inoculés à deux cobayes sous la peau ne les ont pas tuberculisés, ce qui élimine la tuberculose ;

5° La réaction de Wassermann-Neisser-Brück était négative, ce qui élimine la syphilis.

*
* *

En résumé : cette observation isole une *variété nouvelle de dermomycose : la dermatite végétante* due au *Mycoderma pulmoneum* qu'autrefois on aurait confondu avec les blastomycoses sous prétexte que le parasite revêt dans les tissus la forme de levure. L'individualisation s'appuie sur des preuves positives et négatives qui ne laissent aucun doute. Cette dermatomycose se range près des tuberculoses verruqueuses, dans le groupe des sporotrichoses, blastomycoses américaines, cladioses verruqueuses.

Le malade a pris le germe dans la nature. En effet, le malade, porteur de légumes aux Halles, maniait chaque jour des débris végétaux, or l'on sait que les *Mycoderma* sont nombreux dans la nature. L'ino-

(1) Les parasites sont presque impossibles à affirmer sur coupe, mais n'en est-il pas de même pour beaucoup de mycoses. L'impossibilité de les colorer ne veut pas dire absence, et cette absence « apparente » ne peut être une objection à notre argumentation.

culation semble avoir été cutanée : le parasite pénétrant par les follicules pileux détermine une pustulette acnéique qui évolue vers l'ulcération ou la dermatite verruqueuse, il est probable que toutes les lésions ont eu la même pathogénie, elle résulte d'inoculations épidermiques multiples, sans doute par grattage ; le frottement de la hotte a eu une influence non douteuse.

L'affaiblissement du terrain, l'adaptation du germe au terrain après un temps indéterminé de vie saprophytique sur la peau ou dans les folliculites, et surtout la sensibilisation du terrain par les sécrétions du parasite ou peut-être par un autre champignon, tels sont les trois facteurs qui, comme dans la plupart des mycoses, expliquent qu'un champignon aussi peu virulent ait pu déterminer des lésions aussi graves et tenaces (1).



Fig. 13. — *Mycoderma pulmoneum*. — CULTURE SUR GÉLOSE GLYCOSÉE PEPTONÉE. — Voile blanc, à relief peu saillant, parcourue de crêtes étroites, réticulées, en gâteau de miel.

Le type clinique réalisé par le *Mycoderma pulmoneum* est très spécial : des placards sont disséminés sur la face, les membres, le tronc ; ces lésions sont caractérisées par : début par une pustulette acnéiforme qui s'étend, s'ulcère, s'incruste ; — mélange d'ulcération et de dermatite végétante — ulcération à bords déchiquetés, à fond criblé de pertuis multiples suppurants (*suppuration en écumoire*) à base fongueuse — transformation possible en verrucome — placards végétants formés d'un mélange irrégulier de dermite papillomateuse à gros mamelons humides suintants et de verrucome sec (aspect mixte), végétations séparées par des sillons suintants, tachetées de micro-abcès et de petites ulcérations ; — pus visqueux ; — cicatrice lisse, indurée, rétractile, rose violacée, parsemée de mamelon de peau saine pigmentée, et à bords irréguliers déchiquetés ; — récidive sur le bord de la cicatrice sous forme de verrucome (fig. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8).

L'évolution est chronique, lente, durant des mois, récidivant facilement au même point sur le bord de la cicatrice et en d'autres points du tégument.

Le traitement ioduré et arsenical influence les lésions mais lentement et il est nécessaire d'associer le raclage chirurgical ou la destruc-

(1) GOUGEROT, *Congrès de Lyon*, oct. 1911, in *Progrès médical*, 25 novembre 1911, nº 47, p. 569.

tion au thermocautère suivis de cautérisations comme dans les blastomycoses américaines. Mais peut-être un traitement iodé précoce des pustulettes naissantes, combiné au traitement général, enrayerait-il la marche des lésions.

Le diagnostic est facile : cliniquement cette dermatomycose ne ressemblant à aucun des types connus, on est donc amené à soupçonner une mycose, à examiner le pus et à pratiquer la culture. Le parasite existe dans les frottis (fig. 9 et 10). La culture se fait comme dans les sporotrichoses, sur gélose glycosée à froid : elle donne en quelques jours les colonies caractéristiques (fig. 13). Mais ces *Mycoderma* étant très répandus dans le monde extérieur il faut réunir tout un faisceau de preuves positives et négatives qui permettent d'affirmer le rôle pathogène du parasite cultivé. Et c'est parce que nous avons pu rassembler toutes ces preuves que nous avons individualisé cette dermatomycose nouvelle.

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LE POLYMORPHISME DE LA SYPHILIS ET EN PARTICULIER SUR SES FORMES LATENTES ET LARVÉES, A PROPOS DES OBSERVATIONS PERSONNELLES RÉCEMMENT PUBLIÉES ET D'UN CAS ENCORE INÉDIT DE SYPHILIS HÉRÉDITAIRE TARDIVE.

Par le Dr **Henri Pied.**

Préambule.

Si nous ne craignions de faire sourire nos contemporains en rappelant des souvenirs mythologiques, à une époque, où, dans le tumulte d'une vie qui ne laisse guère de loisirs, le médecin préfère à la langue de Virgile, un vocabulaire scientifique exact et précis, nous évoquerions volontiers, pour représenter la maladie, qui, sous cent masques divers, « frappe ses coups dans l'ombre », l'image énigmatique et changeante de Protée.

«.....Quanto ille magis formas se vertet in omnes..... » Georg., iv.

Nul, parmi les mythes anciens, ne symbolise aussi justement la lutte éternelle contre le mal et la comparaison, ici, pourrait être poussée fort loin, car pour découvrir, à travers ses formes diverses, la « lues venera » il faut parfois déployer la ruse, la patience, la décision dont fit preuve Aristée, dans la fable antique, pour arracher son secret au fils de Neptune, pasteur des troupeaux marins.

En exposant, ici, les faits tels que nous les avons observés et les réflexions, qu'après tant d'autres, nous avons vu jaillir de l'étude patiente de la vie, nous reprenons une idée fort ancienne, développée par Paracelse dans divers ouvrages et en particulier dans son traité : « De morbo gallico ».

L'idée du polymorphisme de la syphilis, émise par Paracelse, fut, après des fortunes diverses, reprise et défendue avec une singulière énergie, au siècle dernier, dans un mémoire présenté par P. Yvaren, à l'Académie de médecine, le 12 juillet 1853:

« Des métamorphoses de la syphilis. Recherches sur les maladies que la syphilis peut simuler et sur la syphilis à l'état latent. » Dans ce mémoire qui renferme quelques erreurs communes à son temps (erreurs qui nous font réfléchir au sort que l'avenir réserve aux théories non étayées par des faits) Yvaren eut le grand mérite d'attirer l'attention de ses contemporains sur les rapports de la syphilis avec un grand nombre de maladies vulgaires, et en particulier avec la phtisie pulmo-

naire, les affections de l'aorte, les cancers du sein, du rectum et de l'intestin, les ulcères atones et certaines affections du système nerveux (les névralgies rebelles, les tics, l'épilepsie et certaines paralysies). — Dans ses conclusions Yvaren disait :

« La syphilis emprunte-t-elle à d'autres affections morbides leurs symptômes, leur marche, leur physionomie, au point de tromper sous ce masque le médecin appelé à les traiter ? »

Et le rapporteur, Gibert, lui répondait, résumant son travail : « D'après P. Yvaren, les déguisements qu'emprunte la syphilis égalent presque en nombre les espèces morbides de nos cadres nosologiques. »

Depuis quelques années, les rapports proches ou éloignés de la syphilis avec nombre de maladies, jusqu'alors mal définies, ont fait l'objet de travaux fort importants.

Nous ne pouvons les citer tous, ni tous leurs auteurs ; en dehors du nom de M. le Pr Fournier, inséparable de ce sujet. Qu'il nous suffise de rappeler ici les belles recherches qui ont démontré l'influence pathogénique de la syphilis sur la stérilité, le tabes, la paralysie générale, le cancer lingual.

Au cours de la dernière année, pour ne citer que quelques-uns des travaux parus, le mémoire de M. Spillmann, le travail de M. Brocq sur le psoriasis, la communication de M. Ch. Fiessinger à la tribune de l'Académie, les travaux de MM. Ribierre et Ravaut, les études histologiques de MM. Letulle et Dominici, les leçons cliniques du Pr Delbet sur les fistules génito-intestinales, ont montré qu'il était possible de retrouver la syphilis derrière nombre de maladies vulgaires. Nous venons de publier à notre tour, une série de faits qui tendent à démontrer que la syphilis peut être la dominante étiologique d'entités morbides dont le tableau clinique paraissait jusqu'alors achevé. Les faits que nous avons rapportés : de lésions cardiaques, même orificielles, de psoriasis, de tumeurs du sein avec réaction ganglionnaire, de mal de Pott, de lésions urétrales, sont, à cet égard, particulièrement démonstratifs.

Nous avons également observé et rédigé l'histoire d'autres malades chez lesquels la syphilis était encore la dominante étiologique. Si nous ne l'avons pas publiée, c'est dans le but de ne pas allonger indéfiniment ce travail par des redites, des faits semblables ayant été déjà observés et publiés par de nombreux auteurs. Nous les résumons ici en quelques lignes.

Sur trois cas de tabes suivis par nous depuis des années et dont l'origine spécifique ne pouvait être mise en doute, l'un des malades est mort de tuberculose pulmonaire, après avoir présenté pendant dix-huit mois, à la suite du traitement, une amélioration considérable. Les deux autres qui présentaient au moment où nous avons commencé à les traiter un

tabes typique avec incoordination motrice si accentuée que la marche leur était devenue presque impossible, ont repris leurs occupations et mènent depuis plusieurs années une vie active.

Chez deux sujets d'âge moyen, nous avons vu une hémiplégie organique disparaître et permettre le retour presque parfait des fonctions, à la suite d'un traitement intensif par injections; tous les deux d'ailleurs étaient d'anciens syphilitiques.

Un homme de 45 ans nous a présenté en 1906, à quatre reprises, des crises d'épilepsie typique qui offraient ce caractère singulier de ne se produire que la nuit, pendant le sommeil du malade. Un traitement intensif en eut raison, elles n'ont pas reparu depuis.

Chez une femme enceinte atteinte de ramollissement bacillaire du sommet du poumon gauche, diagnostic vérifié cliniquement et bactériologiquement, nous avons vu le traitement spécifique intensif cicatriser les lésions pulmonaires, permettre l'évolution heureuse de la grossesse et d'une autre survenue deux ans après.

Nous avons traité et guéri deux anévrysmes de l'aorte thoracique; l'un de ces malades a été suivi pendant trois ans et perdu de vue; nous voyons plusieurs fois par an l'autre que nous avons traité il y a cinq ans en collaboration avec le Dr Biron.

Dans quatre cas d'aortite chronique avec ectasie de la crosse qui rendaient la marche et tout effort impossibles, les lésions ont rétrocédé, au point de permettre la reprise de la marche et des occupations habituelles, avec disparition des troubles fonctionnels.

Nous avons guéri en huit jours avec des frictions mercurielles soigneusement faites à la dose de cinq grammes « pro die » une jeune fille atteinte d'hydarthrose volumineuse du genou gauche; cette jeune fille était en même temps atteinte d'aortite, et avait présenté, trois années auparavant, une éruption acnéique suspecte.

Les formes latentes se rencontrent souvent chez des malades dont l'organisme est touché profondément ou intéressent des appareils vitaux au premier chef: le système nerveux, le cœur, les vaisseaux, les glandes vasculaires sanguines. Ces cas réunissent au plus haut point les indications de l'ancien traitement de la syphilis.

Dans les observations citées, il a été toujours seul employé, à l'exclusion de l'arsénobenzol qui, de l'aveu même du Pr Ehrlich, est formellement contre-indiqué dans l'insuffisance hépatique, les lésions étendues de l'appareil circulatoire, les dégénérescences du système nerveux.

L'efficacité du traitement mercuriel et ioduré que personne ne conteste, n'a pas besoin d'être de nouveau affirmée, mais nous tenons à souligner ici la tolérance vraiment extraordinaire de l'organisme, même touché dans ses œuvres vives, pour les injections de sels solubles, leur puissance d'action sur des lésions réputées incurables, puissance qui

semble devoir être proportionnelle, ainsi que les recherches du Pr Leduc l'ont montré, non pas à la concentration moléculaire des solutions, mais à leur concentration ionique, c'est-à-dire au degré de dissociation du sel employé.

Quel rôle joue la syphilis chez les malades dont nous venons de rappeler l'histoire ?... Evidemment, son rôle est majeur, incontestablement, les faits observés l'ont prouvé, elle représentait dans tous les cas cités la dominante étiologique. Mais sommes-nous en droit de conclure à la spécificité pure et simple de tous les faits observés ?... Nous ne le pensons pas. Si dans la plupart des cas, la syphilis a été toute la maladie, dans d'autres (psoriasis, tuberculose du sommet), elle a paru jouer seulement le rôle de terrain favorisant le développement d'une maladie banale dont elle gouvernait l'évolution.

Dans l'histoire du fait que nous rapportons aujourd'hui, elle représente à la fois le terrain et la maladie évolutive. Cette histoire qui expose les phases successives de l'évolution de la syphilis chez un enfant, résume à nos yeux la marche de la syphilis latente, maladie infectieuse imprégnant peu à peu l'organisme tout entier, en se masquant tour à tour sous les aspects variés d'affections organiques spéciales, hautement différenciées.

Voici cette observation :

Cas de syphilis héréditaire tardive. — Le 28 février 1909, nous sommes appelé à examiner l'enfant J. petite fille âgée de 4 ans. Presque aussitôt après sa naissance, dans les jours qui suivirent, le médecin a constaté chez elle un hématome du sterno-mastoïdien droit qui a duré fort longtemps, puisqu'il est parfaitement visible sur une photographie de l'enfant, faite à l'âge de 6 mois. Jusqu'à l'âge de 20 mois, moment du sevrage, l'enfant n'a présenté aucun autre phénomène pathologique, elle parlait et marchait parfaitement bien et les photographies de cette époque la représentent avec toutes les apparences d'une santé parfaite.

Le premier symptôme présenté par l'enfant peu de temps après le sevrage, fut une perte progressive et complète de l'appétit sans phénomènes intestinaux. Elle pâlit, maigrit ; elle qui, autrefois, courait et jouait volontiers, renonça à ses jeux habituels, se disant aussitôt fatiguée. Des médecins consultés à ce moment là pensèrent sans doute à la tuberculose et conseillèrent aux parents d'aller passer l'hiver avec l'enfant dans le midi. Elle fut soumise, à Cannes, à la cure marine et solaire, suivant les procédés habituellement en usage et continua à décliner progressivement.

Il est possible de suivre sur les photographies pieusement conservées par la famille les progrès du mal implacable qui conduisit l'enfant à l'athrepsie complète.

A mesure que la cachexie progressait, l'insuffisance des fonctions du tube digestif et des glandes annexes se marquait de plus en plus. Un médecin prononça alors le mot d'entérite.

On soumit l'enfant aux régimes les plus vantés, à la désinfection intes-

tinale, aux bouillons de culture, aux différents laits fermentés, rien n'y fit. Elle fut promenée de ville en ville à la recherche du guérisseur qui trouverait pour elle la formule rapide et complète du retour à la santé. En désespoir de cause, ses parents eurent l'idée de conduire leur enfant à l'étranger, dans un de ces établissements à renommée mondiale qui surent des premiers, organiser savamment la cure de régime. Le diagnostic fut porté là de tuberculose à marche lente, à pronostic désespéré. Ce douloureux pèlerinage de climat en climat, de médecin en médecin, dura deux longues années au bout desquelles nous fûmes appelé à voir l'enfant.

Elle présentait alors la parfaite image de l'enfant athrepsique, sa taille était celle d'un enfant d'un an. Les organes, annexes des téguments, étaient profondément lésés, les cheveux avaient disparu, les ongles étaient décollés à leur base et latéralement par du pus.

La plupart des dents étaient détruites. Les rares incisives qui restaient étaient crénelées, irrégulières, et présentaient de larges érosions latérales en forme de cupules. Le ventre était ballonné, le foie paraissait normal comme volume, les selles striées, irrégulières, assez colorées, très fétides; les urines ne renfermaient pas d'albumine ; le cœur était normal comme volume et fonctionnement, l'appareil pulmonaire absolument intact.

On ne trouvait nulle part aucune adénopathie. (Nous dirons plus loin dans quelles circonstances les premières adénopathies apparurent.)

Deux phénomènes pourtant tranchaient vivement sur ce tableau lamentable : un œdème considérable de la face et des membres inférieurs, œdème blanc, élastique, donnant à la face l'expression lunaire caractéristique et un état d'insuffisance intellectuelle très marquée. L'enfant, fort désagréable, poussait continuellement des cris rauques, elle qui disait autrefois couramment les mots usuels d'un enfant de son âge, n'en avait retenu qu'un seul : le mot non.

Une idée nous vint alors que nous résolûmes d'étudier, lorsque nous nous serions rendu compte du rôle que pouvait jouer dans l'état de l'enfant, l'entérite qui, suivant les parents, constituait toute la maladie.

La diète hydrique, la désinfection intestinale, les lavages, le régime furent institués sans le moindre succès. Il paraissait désormais certain que les troubles digestifs n'étaient que l'expression locale de l'insuffisance organique générale.

Bien que l'idée de spécificité nous eût tout d'abord frappé l'esprit, du fait des altérations dentaires et unguéales, la notion de cachexie thyroïdienne s'était imposée fortement à nous en raison des antécédents (hématome du sterno-mastoïdien) du mode de début (cachexie progressive débutant au moment du sevrage) des œdèmes, particulièrement des troubles de la voix et de l'intelligence. Après nouvel examen des urines et tout en les surveillant, nous instituâmes donc l'opothérapie thyroïdienne par l'administration de corps thyroïde frais de mouton, à la dose de six grammes par jour. Le résultat fut rapide, impressionnant et incomplet. Les œdèmes disparurent, les cheveux commencèrent à repousser, l'intelligence de l'enfant s'éveilla, elle recommença à dire quelques mots, à appeler ses parents, à s'intéresser à ses jouets, sa voix redevint claire et nette, sa température rectale passa de 35°,8 à 36°,5, 37°, 37°,2, mais l'appétit ne reparut pas.

Nous revînmes à notre première impression et nous administrâmes à l'intérieur la liqueur de Van Swieten sans alcool, à la dose progressivement atteinte de 80 gouttes par jour. Dès le troisième jour, le traitement spécifique parut compléter les effets vraiment remarquables de l'opothérapie thyroïdienne.

L'enfant présenta pendant une semaine un appétit régulier qu'elle n'avait pas eu depuis deux années, mais au dixième jour, la diarrhée apparut, le foie augmenta de volume et nous fûmes obligés de suspendre le traitement.

Cette première atteinte du foie marqua le début d'une longue période où les altérations hépatiques dominèrent la scène clinique, alternant avec les altérations des glandes surrénales et des reins.

Du côté du foie, nous eûmes le tableau de la cirrhose hypertrophique, sans ictère, avec ascite : gros foie dur, œdème malléolaire en forme de jambière dépressible, gardant l'empreinte du doigt, ascite considérable. L'épanchement fut si abondant que de cet abdomen comparable à celui d'un enfant d'un an, nous tirâmes, à trois reprises différentes, en juillet et en septembre, jusqu'à 2 litres de liquide.

Les altérations rénales se marquèrent peu à peu par l'apparition d'une petite quantité d'albumine, par la fréquence des mictions nocturnes, par de l'œdème léger des paupières. Le purpura, les hémorragies sous-cutanées spontanées ou se produisant au moindre contact, les crises de tachycardie paroxystiques nous firent soupçonner l'atteinte des surrénales.

Fait remarquable, il y avait entre ces lésions, une sorte de suppléance, chacune dominait la scène à son tour, alors que l'autre s'effaçait.

Dès lors, notre conviction était faite. Quelle pouvait être cette maladie mystérieuse touchant tour à tour les appareils organiques et, avec prédilection, les glandes vasculaires sanguines ? L'absence d'adénopathie, l'intégrité du poumon et de l'appareil respiratoire, la résistance remarquable et longue de cet organisme atteint de toutes parts, nous faisaient rejeter l'idée de tuberculose.

La syphilis héréditaire tardive à forme anormale s'imposait au contraire fortement à notre esprit.

Le traitement fut par nous dirigé d'après cette notion causale, quoique la recherche des antécédents chez les générateurs fût des plus difficiles et complexe. Le calomel à doses fractionnées, administré deux à trois jours par semaine, combiné au régime lacté et à la cure hydrominérale (Carlsbad et Vichy) constitua le traitement des crises hépatiques. Quand le rein dominait la scène, nous avions recours aux frictions ; lorsque les phénomènes d'insuffisance surrénale étaient dominants, nous employions l'opothérapie, suivie à quelque distance de l'administration de très petites doses de digitaline.

Concurremment avec le traitement du foie et du rein, nous employâmes aussi l'opothérapie, d'autant que l'insuffisance de ces deux glandes nous était révélée soit par la réaction du sublimé acétique qui montrait l'extrême pauvreté des selles en bile, soit par des troubles dyspnéiques.

Le résultat fut concluant. Le foie revint peu à peu à l'état normal, l'ascite ne se reforma plus, la bile reparut dans les selles, la diurèse se régularisa, les hémorragies cutanées et sous-cutanées diminuèrent de fré-

quence et d'étendue et ne reparurent pas une seule fois pendant le reste de la vie de l'enfant (*13 mois*).

L'enfant prit du poids, conserva un appétit moyen, les cheveux repoussèrent, les altérations unguéales se cicatrisèrent définitivement. L'intelligence éveillée, l'enfant s'intéressa désormais à tout ce qui l'entourait et aux jeux d'un enfant de son âge.

Bientôt cependant d'autres manifestations apparurent qui confirmèrent le diagnostic porté.

Déjà, au moment de la première crise hépatique, une éruption de grosses vésico-pustules irrégulières à groupement du type herpès s'était dessinée dans la région sous-ombilicale, les vésicules avaient éclaté, donnant issue à un liquide louche, et avaient laissé des cicatrices indélébiles, à fond blanc, cerclées de bistre. C'est après l'ouverture de ces vésico-pustules qu'avaient apparu des adénopathies inguinales bilatérales.

Puis, confirmant une fois de plus la loi des alternances morbides, à la relative intégrité du foie et du rein, succédèrent deux manifestations capitales au point de vue de la nature de la maladie : l'hydrocéphalie et la pseudo-paralysie de Parrot.

Le front se bomba en avant, les sutures s'écartèrent, découvrant la fontanelle antérieure, animée de battements; les deux pieds tombèrent en avant, et en peu de temps, l'équinisme fut complet et bilatéral. Il était facile de se rendre compte que cette déformation était la conséquence de la disjonction épiphysaire des extrémités tibiales inférieures gonflées et douloureuses.

Nous proposâmes alors, étant données l'intégrité relative du foie et la perméabilité suffisante du rein, de recourir aux injections de sels solubles de Hg. Les parents s'y refusèrent; il fallut une manifestation menaçant immédiatement la vie, survenue deux mois plus tard pour les y décider.

En attendant, nous recourûmes aux frictions d'onguent mercuriel double à la dose de 2 grammes « pro die »; après chaque série de dix injections, la circonférence occipito-frontale diminuait de 12 à 20 millimètres; l'amélioration des phénomènes pseudo-paralytiques fut nette aussi, mais moins marquée.

L'état de l'enfant se maintint ainsi jusqu'au 20 juin 1910, moment où apparurent des phénomènes d'une excessive gravité.

Brusquement, l'enfant fut prise de tachycardie, d'agitation, de délire, sans élévation thermique. En même temps, un souffle diastolique apparut à l'aorte, souffle rude, se propageant dans la direction du tronc brachio-céphalique. En trois jours, le volume de l'aorte augmenta rapidement, déformant en avant la poignée sternale qu'elle débordait nettement en haut et à droite.

Devant l'imminence du danger, les parents acceptèrent les injections de sels solubles.

Nous fîmes dix injections de bi-iodure d'hydrargyre, espacées chacune de 48 heures, en 20 jours, les deux premières à 2 milligrammes, les huit autres à 5 milligrammes. Dès la deuxième injection, le délire et la tachycardie avaient disparu, à la quatrième, le souffle avait notablement diminué. A la dixième, tous les phénomènes aortiques et la déformation ster-

nale n'existaient plus. Les épiphyses tibiales inférieures diminuèrent de volume et parurent se resouder, l'enfant put relever elle-même facilement ses pieds.

Elle était même en si bon état que nous l'envoyâmes passer tout le mois d'août 1910 sur une des plages de l'embouchure de la Loire. Le climat marin qui n'avait en rien à lui seul modifié les accidents du début, se comporta comme un tonique puissant.

L'enfant revint dans un état aussi satisfaisant que possible.

Nous exposâmes alors aux parents qu'après tous ces événements la démonstration de la nature de la maladie paraissant faite à nos yeux, il nous semblait nécessaire de faire appel à un médecin dont l'autorité fût reconnue, à la fois pour contrôler notre diagnostic et pour établir avec précision la cause première de la maladie, fait capital, tant pour leur enfant que pour eux-mêmes et leur descendance future. M. le Dr Brocq voulut bien répondre à notre appel. Il confirma notre diagnostic pour l'enfant et établit la notion d'hérédité paternelle, le père présentant une plaque dépapillée et lisse de la région médiane de la langue, le signe d'Argyll Robertson, le signe de Romberg, une abolition complète des réflexes rotuliens.

Nous résolûmes, sur les conseils de notre maître, de traiter parallèlement l'enfant et les parents, ceux-ci par des injections de sels solubles, l'enfant par des injections semblables, proportionnées à son âge, toutes les fois que l'intégrité du foie et des reins le permettrait, remplaçant les injections par les frictions quand le rein serait en cause ou par le calomel à doses fractionnées quand le foie dominerait la scène.

M. Brocq nous conseilla en même temps de faire suivre à l'enfant un traitement opothérapique approprié aux lésions organiques dominantes.

Les deux derniers mois de 1910 et les quatre premiers mois de 1911 se passèrent dans des conditions assez favorables, mais il nous fut impossible d'appliquer pendant ce temps le traitement par injections, les lésions hépatiques et rénales ayant reparu, quoique beaucoup plus atténuées, et dominant tour à tour la scène.

Au mois d'avril 1911, des fractures spontanées juxta-épiphysaires apparurent (extrémité inférieure du fémur gauche, extrémité inférieure du radius gauche, extrémité interne de la clavicule gauche).

Parallèlement au développement de ces lésions, l'état viscéral s'améliora et il nous fut possible, au mois de mai 1911, d'appliquer le traitement par injections. Dix injections de bi-iodure d'hydrargyre à 5 milligrammes furent faites, la dernière le 19 mai.

Sous leur influence, l'état de l'enfant s'améliora rapidement, l'appétit et le sommeil reparurent, elle prit 2 kilogrammes de poids, les déformations osseuses s'atténuèrent, il fut facile de les réduire sans douleur. Au commencement de juin, elle présentait une amélioration si marquée que nous résolûmes de lui faire en juillet une seconde série d'injections, puis de la renvoyer pendant deux mois à la mer.

Malheureusement, l'enfant fut prise subitement le 9 juin de diarrhée cholériforme, probablement à la suite de l'ingestion de fruits de mauvaise qualité due à la négligence d'une domestique et succomba en trois jours, le 12 juin, au milieu de phénomènes rappelant le choléra infantile.

Nul ne peut prévoir l'avenir, mais il est permis de penser que sans cet accident banal (qui emporta à cette époque, sous l'influence du premier coup de chaleur, plusieurs enfants débiles) notre petite malade eût pu survivre et se développer, grâce au traitement qui l'avait arrachée à la mort et avait tranformé ce misérable déchet social en être vivant et pensant.

Conclusions.

On peut tenter d'expliquer le développement tardif de l'infection chez notre petite malade par l'immunité passagère que lui aurait conférée l'allaitement maternel, exclusif jusqu'à huit mois. — A l'appui de cette hypothèse, nous pouvons citer un autre fait d'observation. Il y a six ans, au cours d'une épidémie de rougeole, la maladie épargna, seul, parmi tous les enfants d'une même famille, un bébé de huit mois, débile, allaité par une nourrice mercenaire, elle-même fortement atteinte.

Malgré le désir des parents, nous avions obtenu que l'allaitement ne fût pas interrompu un seul jour, persuadé que c'était là le seul moyen en notre pouvoir d'empêcher, chez cet enfant forcément infecté par son entourage, le développement d'une maladie à laquelle il eût presque sûrement succombé.

Quelle que soit la valeur de cette hypothèse, car nous ne pouvons pas nous vanter de connaître parfaitement le mécanisme de l'immunité, ni les conditions de la vie latente (pourtant indéniable) des spirilles, il semble infiniment probable que l'apparition des accidents a été déterminée, dans ce cas, par l'insuffisance thyroïdienne, rendue manifeste, suivant la règle ordinaire, dès la cessation du régime lacté absolu.

L'observation démontre nettement, d'ailleurs, l'influence des lésions des glandes endocrines sur le cours de la maladie. Nous avons manié avec succès, non seulement l'extrait thyroïdien, mais aussi l'adrénaline, l'extrait d'hypophyse, les extraits de rein et de foie ; l'efficacité des traitements spécifique et opothérapiques parallèlement conduits, a été des plus nettes.

Les glandes vasculaires sanguines doivent être fréquemment touchées au cours de la syphilis dans laquelle l'infection générale du sang semble démontrée par la fréquence de l'altération du cœur et des vaisseaux, l'infiltration périvasculaire et la présence dans le sérum d'un anticorps spécifique.

Si, dans les états que l'on dénomme aujourd'hui : syndromes pluriglandulaires, l'opothérapie combinée ne fournit souvent que des résultats imparfaits, c'est que les lésions des glandes sont gouvernées par une infection qui peut être lointaine et atténuée.

Nous suivons depuis longtemps un enfant chez lequel la syphilis héréditaire est indéniable ; il en présente les stigmates, il a été conçu

d'ailleurs en pleine infection des générateurs. C'est en combinant, comme dans l'observation précédente, les deux traitements que nous arrivons à assurer peu à peu le développement de cet enfant.

Chez un autre sujet que nous avons suivi avec M. Brocq, il semble bien que l'on doive incriminer une syphilis de troisième génération.

Chez deux autres sujets, au contraire, nous pensons qu'une tuberculose atténuée doit être la cause des altérations glandulaires. Fortement suspecte chez un des générateurs (la mère), elle se marque chez les deux enfants par une polymicro-adénopathie et, dans ce cas, c'est a l'action des climats, à l'hygiène générale rigoureuse, que nous devrons demander le complément d'action de l'opothérrapie.

Les constatations faites au cours d'une autre observation (*Journal des Praticiens,* 11 nov. 1911) nous ont permis d'entrevoir la relation possible, dans certains cas, entre des altérations surrénales légères et les syphilides pigmentaires, lésions de nature inconnue jusqu'alors.

Deux autres faits sont dignes de remarque, au cours de cette longue histoire ; la résistance singulière de cet organisme, livré sans défense pendant plus de deux ans à une maladie redoutable, et le polymorphisme de la syphilis. Cette variété extrême de formes se retrouve, d'ailleurs, dans les autres observations.

Si, dans ce dernier cas, la maladie spécifique s'est masquée tour à tour sous les apparences de maladies spéciales nettement différenciées (cachexie thyroïdienne, insuffisances pluriglandulaires, anévrysme aortique, rachitisme avec fractures spontanées), dans les autres, c'est sous la forme d'une maladie vulgaire qu'elle est apparue à nos yeux. Quoi de plus banal en apparence qu'un mal de Pott, un ramollissement d'un sommet pulmonaire, une lésion valvulaire grave, une insuffisance chronique du cœur et des reins ? L'examen patient et complet du malade, le traitement nous ont cependant révélé derrière ces formes banales, la nature réelle du mal.

Les réflexions que suggèrent ces faits dépassent la portée de cette simple étude. Il est permis de considérer que l'expression des réactions de défense ou des états de déchéanche de l'organisme, pourtant si riche de variétés, ne l'est pas toujours au point de permettre de reconnaître, d'après les formes morbides, les causes pathogéniques.

N'est-on pas conduit à penser, ainsi que M. Brocq l'a démontré pour le psoriasis, que certaines entités morbides ne sont que des syndromes, pouvant exprimer des états pathologiques différents ?

La recherche des causes pathogéniques doit primer pour le médecin la détermination des formes.

Nécessaire dans tous les cas possibles, elle s'impose comme indispensable à l'esprit qui considère l'extrême diffusion de la syphilis, la proportion très grande des cas non traités, les ravages d'une maladie dont les déguisements, suivant l'expression d'Yvaren, « égalent presque

en nombre les espèces de nos cadres nosologiques », que l'on retrouve avec une grande fréquence à l'origine des maux qui déciment l'espèce humaine et qui, suivant l'expression de Joseph de Maistre « agit sur le possible, tue ce qui n'existe point encore, et ne cesse de veiller sur les sources de la vie pour les appauvrir et les souiller ».

Avons-nous le droit de conclure en disant que nous avons trouvé dans l'étude des cas cités précédemment des signes toujours les mêmes, d'une netteté indiscutable, permettant de découvrir la syphilis à travers ses formes anormales et de faciliter ainsi la recherche des causes pathogéniques ?...

Certes, nous avons remarqué comme tous les observateurs la longue tolérance de l'organisme pour la syphilis, la disproportion entre les lésions existantes et les signes accusés par le malade, surtout les symptômes douloureux, l'absence d'étiologie connue ou avouée chez des sujets atteints d'altérations organiques profondes. Mais de signes pathognomoniques, nous n'en avons pas trouvé en dehors du traitement d'épreuve, et cette absence de symptômes majeurs explique, mieux que toutes les raisons, la fréquence des formes latentes et larvées de l'infection syphilitique.

C'est ce que nous disions un jour à un de nos amis, esprit fort distingué, avec lequel nous nous entretenions de la question des syphilis cardiaques si méconnues et si curables. « Enfin, nous dit-il, quels sont les signes qui permettent de reconnaître les altérations syphilitiques du cœur ? — Certains symptômes permettent d'y penser, lui répondîmes-nous, et en particulier la coexistence de lésions aortiques et les signes qui dénotent parfois l'altération profonde du myocarde (asystolie sans lésions orificielles) chez un sujet jeune, la bradycardie. Mais de signes pathognomoniques, il n'y en a point. »

En examinant complètement les malades, on trouve parfois un signe, ou un ensemble de signes qui aiguillent le diagnostic dans une direction déterminée : dans un cas, ce fut le signe d'Argyll Robertson et l'abolition des réflexes rotuliens ; un autre nous présenta une plaque de leucoplasie linguale symétrique à une cicatrice ; ailleurs ce fut un sarcocèle syphilitique qui nous mit sur la voie du diagnostic. Enfin, l'instinct clinique ne permet guère d'admettre qu'il soit possible que d'énormes lésions organiques puissent se développer sans causes. Quand on ne trouve dans le passé d'un malade, ni rhumatisme articulaire aigu, ni maladie infectieuse d'aucune sorte, que ce malade est de bonne foi, que son examen ne révèle rien, la pensée se porte tout naturellement vers la plus discrète des infections, celle qui peut le mieux passer inaperçue, l'infection syphilitique.

RECUEIL DE FAITS

UN CAS D'URTICAIRE PIGMENTAIRE

Par **W. Dubreuilh.**

La petite D..., une fillette bien développée et d'aspect florissant, âgée de 5 ans se présente à la clinique dermatologique le 6 mars 1912.

L'éruption dont elle est atteinte a débuté à l'âge de trois mois par une poussée généralisée de petits boutons de la grosseur d'une tête d'épingle qui apparaissaient surtout la nuit et devenaient urticariens par le grattage. Ces éruptions papuleuses ont été surtout abondantes jusqu'à l'âge de 3 ans et notamment au printemps, mais elles n'ont jamais cessé jusqu'à ce jour.

Dès la première poussée, aux papules ont succédé des macules rougeâtres puis brunes, d'une teinte plus foncée que maintenant et qui ont persisté depuis.

Aujourd'hui l'éruption couvre tout le corps, la face, le tronc et les membres d'une façon à peu près égale et du côté de l'extension comme de la flexion. Elle est formée de petits éléments miliaires ou lenticulaires, disséminés sans aucun groupement mais si abondants qu'ils laissent rarement entre eux un centimètre de peau saine et qu'ils confluent irrégulièrement en plaques, en traînées, en marbrures.

Ces éléments sont généralement de simples macules brunes de forme irrégulière à contour un peu estompé de la grandeur d'un grain de blé à une lentille. Leur teinte est un peu variable, le plus souveut brun sépia ou plus ou moins rougeâtre. Sur le tronc et les bras, l'éruption est assez franchement brune; sur les membres inférieurs et notamment les cuisses, elle est plus rouge, voire violacée, mais elle paraît brune quand on l'anémie par la pression. La plupart des éléments ne font aucune saillie et ne s'accompagnent d'aucune altération du grain de la peau, mais un certain nombre font un peu relief et dans les endroits où la peau est mince comme au devant des aisselles, au cou, à la face interne des bras, ils sont nettement papuleux et présentent à la palpation une infiltration appréciable. Çà et là sont quelques papules rouges analogues à celles du prurigo.

Le grattage produit un dermographisme très net et la traînée d'urticaire factice n'est pas plus marquée au niveau des macules pigmentées que sur la peau intercalaire.

Le prurit est modéré et n'apparaît guère que le soir au moment du coucher; on ne trouve pas de lichénisation ni de traces de grattage, cependant la petite malade déshabillée se gratte constamment un point ou l'autre.

Les ganglions des aines et surtout ceux des aisselles sont un peu gonflés, durs et mobiles.

Il n'y a pas de troubles digestifs d'aucune sorte, la petite malade est bien

charpentée, bien développée, avec un teint brun et des cheveux noirs. Elle a un frère de 7 ans un peu maigre mais du reste bien portant. Son père et sa mère sont également bien portants l'un et l'autre.

On fait une biopsie portant sur un petit élément de teinte assez foncée et nettement papuleux de la face interne du bras.

La pièce a été fixée par l'alcool et les coupes colorées par divers procédés.

L'épiderme est d'épaisseur normale mais au centre de la lésion il est un peu bombé et la limite dermo-épidermique devient beaucoup plus sinueuse par suite du développement et de la complication des papilles dermiques et des bourgeons épidermiques. La structure de l'épiderme est normale mais sa couche basale est très chargée de pigment brun en petits grains. Il en est ainsi dans toute l'étendue de la coupe et non seulement dans la partie centrale papuleuse. Dans le derme on trouve aussi des chromatophores dispersés.

La principale lésion dermique est une infiltration du derme par des cellules ressemblant à des cellules conjonctives fusiformes ou rameuses sur les coupes colorées par l'hématéine-éosine. Elles forment des amas ou des traînées assez minces et pas très denses, correspondant à des capillaires sanguins ou bien entourant des follicules pileux ou des conduits sudoripares. Au milieu de la lésion ces amas cellulaires sont plus nombreux et plus développés et l'on y trouve des amas qui ne correspondent à aucun organe différencié.

Sur les coupes colorées par le bleu polychrome de Unna et décolorées par le « Glycerinaethermischung » on voit que la moitié des cellules qui forment ces amas sont des mastzellen, de sorte que les foyers d'infiltration cellulaire apparaissent en rouge.

Ces mastzellen sont pour la plupart de forme très irrégulière, fusiformes, étoilées, à prolongements s'irradiant fort loin. On voit même beaucoup de fines traînées de granulations rouges entre les cellules qui appartiennent probablement à des mastzellen dont le noyau ne se trouve pas dans la coupe. Les granulations de volume assez égal remplissent également le protoplasma sans jamais être très denses.

On ne trouve qu'un petit nombre de mastzellen de type compact, c'est-à-dire globuleuses, bien limitées, sans prolongements et à granulations abondantes et denses.

Les mastzellen sont répandues dans toute l'étendue de la coupe en quantité tout à fait inusitée, mais c'est surtout au milieu, dans la partie correspondant à la papule excisée, qu'on les voit former des amas considérables.

Pas de cellules plasmatiques, pas de polynucléaires ni de lymphocytes.

Les divers traitements généraux (phosphate de chaux) ou locaux (lotions de coaltar saponiné) sont restés sans influence.

La maladie est donc constituée cliniquement par des macules brunes persistantes et anatomiquement à une infiltration de mastzellen. Il s'agit donc bien d'urticaire pigmentaire.

ICTÈRE BLENNORRHAGIQUE
OU ICTÈRE CHEZ UN BLENNORRHAGIQUE

Par **Boularan,**

interne de la Clinique de Dermatologie et Syphiligraphie de Toulouse.

Dans les premiers jours de mai 1912, le nommé E. G., âgé de 26 ans, exerçant la profession d'afficheur, se présente à la consultation de M. le Pr Audry, se plaignant d'un écoulement urétral abondant. On y trouve des gonocoques en grande quantité. On donne au malade une ordonnance d'opiat de cubèbe et de copahu à suivre pendant quinze jours, et on prescrit localement les soins de propreté habituellement employés.

Nous revoyons notre malade le 30 mai et nous sommes frappés immédiatement par la coloration jaune vert de son pus urétral. En examinant sa conjonctive et ses téguments, nous nous trouvons en présence d'un ictère assez intense. Le malade entre à l'hôpitel le même jour.

31 mai. — Dans les antécédents, nous trouvons que son père est en excellente santé mais que sa mère est légèrement dyspeptique. Il a un frère et une sœur qui se portent bien. Rien à signaler de particulier dans ses antécédents personnels. Il a fait son service militaire en Algérie, mais ne fut jamais malade. Il n'a pas eu notamment de fièvre infectieuse.

Etat actuel. — Nous nous trouvons en présence d'un jeune homme ayant contracté une blennorrhagie il y a 3 semaines, et présentant aujourd'hui un ictère très net, dont l'origine remonte à huit jours. L'apparition de cet ictère a été précédée de sensations vagues de fatigue, la coloration s'est généralisée en 4 jours ; d'après les dires du malade elle serait en voie de diminution.

Néanmoins la xanthodermie est encore assez marquée, toujours généralisée. Il n'y a pas de prurit ni de lésions de grattage.

Le foie, indolore à la palpation, ne paraît pas sensiblement augmenté de volume ; mais la rate est certainement grosse, dépassant de trois travers de doigts le rebord costal, non sensible.

Nous ne trouvons pas de troubles digestifs ; la langue n'est pas saburrale, le malade n'a pas eu de vomissements. L'examen des selles ne nous offre rien de particulier ni au point de vue de leur consistance, ni au point de vue de leur coloration. Notons cependant que le malade prétend les avoir eues décolorées.

Du côté de l'appareil circulatoire nous ne trouvons ni modification du pouls, ni souffles à l'auscultation du cœur.

Nous ne trouvons pas davantage de troubles respiratoires ni de troubles sensoriels. Au point de vue nerveux, signalons simplement une asthénie physique assez légère.

Il n'y a rien du côté des reins, il n'y a pas non plus de cystite, la prostate n'est ni grosse ni douloureuse. La température de notre malade oscille entre 37,2 et 37,6.

3 juin. — *Examen des urines.* — Elles ont un volume normal, une colo-

ration de thé, une réaction acide. Leur densité est de 1 018. Elles renferment 14 gr. 09 d'urée, 15 gr. 7 de chlorures, 2 gr. 456 de phosphates. Il n'y a pas d'albumine et pas de sucre. La réaction de Gmelin est très nettement positive.

7 juin. — *Examen du sang* par M. Nanta qui trouve des pigments biliaires dans le sérum. L'hémolyse débute à 0,54, est complète à 0,34. La résistance globulaire est légèrement diminuée. On ne trouve pas d'hyperleucocytose marquée; mais signalons que déjà l'ictère a presque complètement disparu (seules les conjonctives sont encore un peu jaunâtres), que la rate n'est plus augmentée de volume.

L'hémoculture a été négative (Verbizier), mais il en a été de même de la culture du pus urétral, et cependant ce pus très liquide, de coloration jaune verdâtre, contient encore du gonocoque en abondance, comme nous le montre l'examen microscopique.

L'examen spectroscopique d'une dilution de ce pus ne nous donne pas de renseignement intéressant.

Traitement. — Notre malade est traité par le repos au lit, le régime lacté, la théobromine. Localement on lui fait des lavages au permanganate.

10 juin. — L'écoulement urétral a diminué de quantité. Sa couleur jaunâtre disparaît avec l'ictère. La rate a repris son volume normal, les urines leur coloration claire. La réaction de Gmelin est encore légèrement positive. Le gonocoque existe en assez grande quantité.

14 juin. — L'ictère a complètement disparu. Le pus très peu abondant renferme encore quelques gonocoques.

18 juin. — Les gonocoques ont disparu ; l'écoulement est tari.

La guérison s'est maintenue.

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

Bactériologie de la syphilis.

Signification diagnostique et thérapeutique du spirochète pâle et remarques sur le traitement le plus actif de la syphilis (Diagnostische und therapeutische Bedeutung der Spirochaete pallida nebst Bemerkungen über die wirksamste Bekämpfung der Syphilis), par G. Hoffmann. *Deutsche mediziuische Wochenschrift,* 1912, n° 7, p. 313.

H. donne quelques observations qui montrent l'utilité pratique de la recherche du spirochète dans les lésions syphilitiques et syphiloïdes ; il indique le cas d'un homme de 53 ans chez lequel on avait cru reconnaître une réinfection et qui avait en réalité un carcinome au début. Il recommande très énergiquement l'association du Salvarsan et du mercure (de 4 à 5 injections intra-veineuses de 0,40 de Salvarsan avec 36 frictions ou 12 injections de salicylate de Hg).

Les neuro-récidives peuvent se produire aussi chez des sujets traités par le mercure et le Salvarsan associés, mais elles sont rares, et jamais il n'en a vu dans les cas traités d'après la formule qui vient d'être indiquée.

Ch. Audry.

Des différents moyens de prélever le matériel pour la recherche du tréponème pâle dans les lésions syphilitiques, par le Dr Drag. Wladissavlievitch. *Semaine médicale,* 6 mars 1911, n° 10, p. 109.

Pour obtenir la sérosité servant à la recherche ultra-microscopique des tréponèmes W. recommande de ne pas racler la lésion ni d'exercer aucune violence pour obtenir la sérosité. Il suffit d'essuyer simplement la lésion avec un tampon de gaze stérilisée, ou bien s'il s'agit d'une grande ulcération de tamponner avec de la gaze humectée d'éther de pétrole, d'attendre un instant et de prendre pour l'examen microscopique la sérosité qui vient ensuite et qui est toute fraîche. Quand l'ulcération est d'une grande étendue on voit que ce sont ses bords de coloration rose pâle qui suintent le plus. Si on lute à la paraffine la lamelle on constate que les mouvements des tréponèmes deviennent rapidement plus lents et s'arrêtent au bout de deux heures. Par contre si l'on a pris soin de diluer le matériel avec le sérum du malade et de chasser complètement les bulles d'air avant de luter la préparation les tréponèmes conservent bien plus longtemps leur mouvement de rotation en vrille. E. Vaucher.

Méthode de coloration rapide du spirochæte pallida dans les tissus (Eine Schnellfärbungmethode der Spirochaete pallida in Gewebe), par A. Nakano. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1912, n° 9, p. 416.

Les fragments séjournent de 10 à 20 minutes dans la formaline à 10 pour

100 : on les divise en tranche de 1 à 2 millimètres et on les laisse pendant 3 à 5 heures dans l'alcool à 95°, puis 10 minutes dans l'eau courante. Ensuite, on les laisse pendant 4 ou 5 heures dans une solution de nitrate d'argent à 1,5 pour 100, à une température de +50°. Ensuite, ils passent 10 heures dans la solution suivante (à +50°) : acide pyrogallique, 3 ; formaline à 10 pour 100, 5 ; eau distillée, 100, puis alcool à 95, alcool absolu et paraffine (il faut de 2 à 4 heures pour l'inclusion). Ch. AUDRY.

Récidives tardives de la syphilis secondaire avec spirochètes (Ueber spirochaetenhaltige Spätrezidive der sekundären Syphilis), par F. PINKUS. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1912, t. 111, p. 213.

I. Homme infecté pendant l'automne de 1898. En jauvier 1910, érosion à spirochètes, à côté du frein ; II. Femme infectée en 1895 ; en 1907, spirochètes sur une plaque muqueuse vulvaire ; III. Femme traitée en 1900 pour syphilis secondaire ; 9 ans plus tard, spirochètes sur une lésion chancriforme génitale ; IV. Femme traitée en 1903 ; en 1909, plaques muqueuses avec spirochètes. V. T. spirochètes sur une lésion linguale 11 ans après le premier traitement de syphilis. Ch. AUDRY.

La culture pure du spirochæte pallida (Die Reinzüchtung der Spirochaete pallida), par HOFFMANN. *Berliner klinische Wochenschrift*, 27 novembre 1911, n° 48, p. 2160.

On est à l'heure actuelle en droit de croire que les spirochètes de la syphilis sont cultivables. H. a démontré que l'on pouvait au moyen des cultures provoquer chez le lapin des lésions syphilitiques du testicule et d'obtenir à nouveau des cultures avec ces lésions. Mais de tels résultats demandent infiniment de temps et de travail.

On utilise deux bains-marie ; dans l'un l'agar est liquéfié tandis que dans l'autre on chauffe à 56° du sérum stérile de cheval pendant une demi-heure. On porte ensuite la température à 46° et on ajoute à chaque tube d'agar environ un tiers de son contenu de sérum de cheval. On obtient ainsi un milieu jaune d'or, translucide, qui peut être ainsi utilisé mais qu'il vaut mieux conserver 24 heures à 37°.

Il faut éviter dans le milieu toute trace d'acidité : une légère tendance à l'alcalinité est utile mais il ne faut pas chercher à l'obtenir par addition de soude. Les spirochètes possèdent une grande sensibilité vis-à-vis des milieux.

Les cultures pures se présentent sous l'aspect spécial de fins nuages troublant le milieu, blanchâtres à la lumière réfléchie mais transparents. Leur nature se vérifie par l'examen ultramicroscopique qui est préférable à la méthode de Burri.

Les réensemencements doivent être pratiqués tous les 8 à 10 jours. On retire pour la déposer dans une boîte de Pétri stérile toute la colonne de sérum-agar. On la découpe en rondelles sur lesquelles les colonies se distinguent par leur couleur blanc-grisâtre. Il se dégage une odeur de putréfaction caractéristique de la présence du spirochète. Au moyen d'une aiguille de platine de 8 à 10 centimètres on prélève de petites quantités de colonie et

on les ensemence dans une grande quantité de tubes. Plus la culture est jeune plus il faut repiquer de tubes (cinquante et même davantage).

Pour isoler le spirochète des cultures, H. préfère au procédé de Mühlens, une méthode qu'il appelle procédé de la piqûre (Stichverfahren). Elle est basée sur ce que les colonies de spirochètes forment autour de la piqûre d'ensemencement une sorte de trouble nuageux qui tend à s'éloigner de ce canal grâce aux mouvements de parasite tandis que les autres microorganismes y restent localisés. Bien que l'isolement d'une culture pure soit obtenue parfois après quatre générations, il faut parfois des mois et une dose extraordinaire de patience pour y arriver.

Le sérum de lapin peut être employé mais il est moins commode d'en avoir de grandes quantités.

Le procédé de Mühlens consistant à diviser le sérum-agar en petits blocs et à ajouter du bouillon donne aussi d'excellents résultats.

La présence d'une bactérie très avide d'oxygène est également très favorable. PELLIER.

Contribution à l'étude de la culture du Spirochæte pallida (Ein Beitrag zur Züchtung der Spirochaeta pallida), par E. TOMACZEWSKI. *Berliner klinische Wochenschrift,* 22 avril 1912, n° 17, p. 792.

T. a obtenu sur sérum de cheval, des cultures pathogènes pour le lapin (en injection intra-veineuse). Il préfère les tubes capillaires à l'anse de platine pour les repiquages.

Les mouvements des spirochètes sont très variables suivant les cultures ; on rencontre des formations étoilées et de véritables agglomérations qui ne se dissolvent que très lentement. T. a observé comme Noguchi des formes très fines, à spires très régulières, rattachées à une sorte de bouton ou constituant le prolongement d'un spirochète de structure ordinaire. PELLIER.

Une méthode pour la culture pure du Spirochæte de la syphilis (Eine Methode zur Reinzuchtung der Syphilisspirochaete), par H. SOWADE. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 25 avril 1912, n° 17, p. 797.

Le sérum de cheval est placé dans un cylindre gradué et conservé à la glacière. On remplit des tubes à réaction sur une hauteur de 12 centimètres ; on les chauffe 3 fois en 3 jours au bain-marie à 58° puis on élève finalement la température de façon que le sérum prenne une consistance de gelée. Cette élévation doit être progressive sous peine de troubler le milieu et de gêner l'observation ultérieure. La réaction doit être faiblement alcaline.

Lorsque on se sert de sang de cheval recueilli non aseptiquement, le milieu contient des corps bactériens dont on doit tenir compte dans l'examen des cultures pures par coloration. S. a vu toute une série de cultures infectée par du bacille du foin dont les spores avaient résisté à la stérilisation.

Le meilleur matériel est fourni par les plaques hypertrophiques ; on peut les préparer par des lavages, des pansements à la solution physiologique et même au sublimé.

Les fragments ont la grosseur d'une demi-lentille ; on les broie et on les introduit le long de la paroi du tube à une profondeur de 4 centimètres ;

l'air du canal d'ensemencement est chassé par secousses. Les tubes sont fermés à la ouate et au coton. Au bout de quelques jours le canal montre une liquéfaction ; le liquide qui contient des microbes et des spirochètes est vidé et remplacé par de l'alcool à 70° qui détruit les parasites voisins du canal mais n'altère pas la vitalité de ceux qui ont pénétré dans le milieu. Cet alcool est laissé 10 minutes, et remplacé d'abord par de l'eau puis par de l'huile de paraffine stérile. Si le procédé réussit il ne se produit pas d'autre liquéfaction. Au bout de 10 jours on brise le tube au-dessous du point d'ensemencement et on examine la partie inférieure. Par ce procédé, les chances d'infection sont limitées aux microbes doués comme le spirochète de mouvements propres.

Les repiquages sont exécutés suivant une technique analogue. Si la culture est impure les bactéries se développent sur le canal et il y a parfois liquéfaction. PELLIER.

Méthode simplifiée de culture de Spirochæte pallida au moyen de matériel humain (Vereinfachte Kulturmethode der Spirochaeta pallida aus menschlichen Material), par G. ARNHEIM. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 16 mai 1912, n° 10, p: 934.

On prélève, après une désinfection locale, des fragments de papules le plus éloignées possible de l'orifice vaginal ou de chancre. Si ce prélèvement est fait loin du laboratoire, on veille à en empêcher la dessiccation ou l'infection.

On stérilise au fer rouge les surfaces du fragment.

On ensemence soit des fragments de tissu soit une dilution dans du sérum-agar du produit de grattage des parties internes du matériel utilisé. Il faut éviter les lésions très infectées.

Il est plus facile d'utiliser le sérum-bouillon que les cultures sur sérum-agar. Dans ce dernier cas les cultures jeunes montrent souvent au bas du tube un trouble assez épais entourant le point d'inoculation ; le trouble peut être très fin, difficilement perceptible. Les cultures anciennes montrent la migration des spirochètes à de longues distances du canal d'inoculation.

Selon A. les cultures pures sont sans odeur ; cependant il considère que l'odeur intense et caractéristique généralement signalée ne se produit qu'en présence de spirochètes, mais grâce à la collaboration d'autres microorganismes.

En partant de 22 malades il a obtenu 13 cultures. PELLIER.

La syphilis expérimentale chez les animaux ; son rôle dans la connaissance et le traitement de la syphilis (Die Tierexperimentelle Syphilisforschung und ihre Bedeutung für die Erkennung und Behandlung der Syphilis, par P. MULZER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1912, t. 111, p. 341.

Intéressante revue générale où les recherches de Uhlenhuth, et celles de l'auteur sur la syphilis du lapin sont exposées avec un soin particulier.

On lira avec intérêt ce travail qui ne contient d'ailleurs rien d'inédit, et ne comporte pas d'analyse. Ch. AUDRY

Réaction de Wassermann.

Technique.

Notions théoriques et pratiques sur la réaction de Wassermann (Praktische und theoretische Erfahrungen mit der Wassermannschen Reaktion), par F. Graetz. *Monatshefte für praktische Dermatologie,* septembre et octobre 1911, nos 6 et 7, p. 303 et 363.

Si l'absence de complément est un fait rare chez le cobaye, les variations de valeur en sont fréquentes et sans aucun rapport avec les variations de la facilité de leur déviation. F. a constaté qu'à côté de compléments difficilement déviables (Marg. Stern) on en rencontrait (surtout parmi les sérums conservés à la glacière) qui jouissent vis-à-vis des extraits alcooliques d'une sorte d'affinité.

Les extraits alcooliques sont universellement adoptés. Il est indispensable de les conserver à la température de la chambre et à l'abri de la lumière si l'on veut éviter des variations brusques de leurs propriétés.

Les extraits d'organe de cobaye, quoique inférieurs aux extraits de foie syphilitique, donnent des résultats satisfaisants à condition d'utiliser pour leur fabrication un grand nombre de cœurs.

Une heure d'étuve est suffisante pour le premier temps de la réaction. Le second temps comporte la surveillance des tubes de contrôle ; on peut, comme Mulzer l'a proposé, retirer de l'étuve lorsque deux sérums de contrôle, positif et négatif, ont fourni leur résultat.

Il est rare de constater dans les sérums examinés des propriétés anticomplémentaires ; on les rencontre parfois et à un degré considérable chez les paralytiques généraux.

Le contrôle avec un sérum connu comme positif n'est pas indispensable lorsqu'on opère sur un grand nombre de sérums. Le contrôle négatif l'est encore moins.

Il n'est pas sans intérêt d'exécuter parallèlement la réaction avec du sérum non inactivé. Nombre d'auteurs ont signalé que les sérums non syphilitiques peuvent à l'état actif donner des déviations non spécifiques. G. n'a constaté des différences que 10 fois sur 156 sérums ; encore portaient-elles sur des sérums syphilitiques et dans l'un ou l'autre sens. Il est possible que l'inactivation détruise de faibles quantités de substance déviatrice et d'autre part que les sérums actifs ajoutent à la réaction un excès d'ambocepteur et de complément.

Les deux formules d'antigène artificiel de Sachs et Rondoni sont spontanément hémolytiques pour le sang de mouton ; cette propriété rend difficile la mise en évidence de leur pouvoir anticomplémentaire. On peut en supprimer l'oléate de soude (Eisenberg et Nitsche) sans éviter d'ailleurs cette hémolyse. Mais ces inconvénients n'ont pas une importance réelle au point de vue pratique. Il est en outre difficile d'avoir des lécithines de composition absolument constante. Ces extraits peuvent donner de bons résultats mais il serait imprudent de ne pas les contrôler, car dans leur forme actuelle ils exposent à des erreurs que l'observateur exercé peut éviter mais qui sont moins à redouter avec un bon extrait d'organe. Pellier.

La valeur de la méthode d'absorption dans la réaction de Wassermann, par C.-H. Bailey. *The Archives of Internal Medecine,* 1912, n° 5, p. 551.

Dans le cas où il existe une trop grande quautité d'hémolysine anti-mouton dans un sérum Bailey conseille d'employer la méthode d'absorption de Jacobaeus. Celle-ci consiste à absorber l'ambocepteur antimouton contenu dans le sérum humain en laissant ce sérum au contact avec des globules de mouton pendant une demi-heure à 37°. On centrifuge ensuite et sur ce sérum centrifugé, débarrassé de son hémolysine naturelle antimouton on fait la réaction de Wassermann en suivant la technique classique.

E. Vaucher.

La présence d'un ambocepteur antimouton dans le sérum humain et son importance pour la technique de la réaction de Wassermann, par Richard Dexter et C.-L. Cummer. *The Archives of Internal Medicine,* 1912 n° 5, p. 605.

Quand un sérum contient une quantité suffisante d'ambocepteur antimouton l'addition de la dose habituelle d'ambocepteur artificiel peut changer une réaction positive en une réaction négative en provoquant une hémolyse alors qu'il ne devrait pas y en avoir. Ce fait peut se produire si un petit reste de complément n'a pas été fixé sur l'antigène dans la première partie de la réaction. Dexter et Cummer ont observé plusieurs cas où ce phénomène s'est produit. Ils conseillent de n'employer un ambocepteur artificiel que s'il n'existe pas suffisamment d'hémolysine naturelle antimouton dans le sérum examiné.

E. Vaucher.

Sur l'emploi de solution physiologique sodée dans la réaction de Wassermann (Ueber die Verwendung sodahaltiger physiologischer Kochsalzlösung bei der Wa. R.), par A. Pöhlmann. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 4 avril 1912, n° 14, p. 650.

Les solutions de NaCl contenant de la soude ne modifient pas toujours le sens de la réaction mais elles peuvent affaiblir une réaction positive et parfois la rendre négative.

Pellier.

L'influence de la soude sur la réaction de Wassermann (Der Einfluss von Soda auf die Wassermannsche Reaktion), par H. Mayer. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 8 février 1912, n° 6, p. 170.

La soude peut provenir soit des instruments utilisés pour la prise du sang et soumis à l'ébullition soit du chlorure de sodium qui peut en contenir de petites quantités. Pöhlmann a prétendu que cette soude pouvait donner des hémolyses non spécifiques. M. n'a pu confirmer cette opinion et constate au contraire que le carbonate de soude à de fortes doses peut empêcher l'hémolyse.

Pellier.

Sur le mécanisme de la réaction de Wassermann (Beitrag zum Wesen der Wassermannschen Reaktion), par R. Bauer. *Wiener klinische Wochenschrift,* n° 1 et n° 4, 1912, p. 155.

La dialyse permet de retirer des sérums normaux aussi bien que des sérums syphilitiques des dépôts abondants de globuline qui, dissoute dans

de la solution physiologique, donne une réaction positive lorsque le sérum est lui-même positif. Mais cette réaction, si elle augmente d'intensité parallèlement à celle du sérum, n'est jamais aussi intense ; elle peut être quatre ou cinq fois plus faible et par conséquent ne se montre positive que pour les sérums de réaction intense.

Les sérums normaux fournissent parfois plus de globuline que les sérums syphilitiques ; le sens de la réaction ne dépend donc pas de la quantité mais les sérums positifs ont une réaction d'autant plus marquée qu'ils contiennent plus de globuline.

Les urines ne donnent de réaction positive que lorsqu'elles contiennent de la globuline et que le sérum du malade donne un résultat positif. Dans ce cas l'intensité de la réaction augmente avec la teneur en globuline.

La réaction positive des urines est donc fournie par la présence des globulines qui y jouent le même rôle que dans la réaction du sérum. Il est possible mais peu vraisemblable que des substances spécifiques leur soient mêlées. PELLIER.

Sur les antigènes dans la réaction de Wassermann (Ueber Antigene zur Wa. R. Ein Beitrag zur Biologie der Lipoïde), par F. MUNK. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 9 mai 1912, n° 13, p. 810.

Les lipoïdes actifs existent dans les extraits éthérés d'organes mais une addition d'alcool ou d'acétone est nécessaire pour leur restituer leur activité. Ces extraits éthérés (qui sont incapables de jouer le rôle d'antigène) donnent par addition d'eau une solution claire alors que la dilution des extraits alcooliques ou des extraits éthérés additionnés d'alcool est un mélange trouble.

Ce trouble est dû à la forme colloïde prise par les lipoïdes et Sack a démontré que le pouvoir déviateur des antigènes marche parallèlement à son intensité. Dans la Wa. R. avec antigènes non spécifiques, l'état colloïde des lipoïdes actifs est la condition essentielle.

Leur constitution chimique est complètement indifférente ; il n'existe pas de lipoïde caractéristique de la réaction.

On obtient d'ailleurs d'excellents résultats par dilution de solutions alcooliques de gomme laque, ce qui tend à prouver que dans les réactions avec antigène non spécifique le phénomène est d'ordre physique.

Les extraits aqueux ne sont actifs que s'ils proviennent d'organes contenant des spirochètes. Ils contiennent un véritable antigène mais on ignore si cette substance est un dérivé ou un produit des spirochètes du genre toxolipoïde. Avec ces extraits le phénomène physique constituerait le deuxième stade de la réaction, le premier étant constitué par une phase spécifique (phase d'impression de Bordet) due à une action de l'antigène sur l'anticorps.

Il est permis de présumer que le processus d'immunisation de l'organisme a comme conséquences des modifications physico-moléculaires des liquides organiques dans le sens d'une augmentation de la tension superficielle : un certain nombre de faits connus (augmentation de la fraction euglobuline, diminution de la stabilité mise en évidence par Klausner) parlent dans ce sens. PELLIER.

Réaction de Wassermann et saturnisme (Wa. R. und Bleiintoxikation), par R. HILGERMANN. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 18 janvier 1912, n° 3, p. 118.

H. a examiné 35 sérums de saturnins sans rencontrer de réaction positive ; il est indifférent qu'il s'agisse d'une forme légère ou grave, aiguë ou chronique.

Les résultats positifs cités par Dreyer doivent donc être attribués à des syphilis antérieures ou à l'emploi de la modification de Stern. PELLIER.

Résultats pratiques.

La réaction de Wassermann appliquée à la syphilis pendant une période de trois ans (La Siero-reazione Wassermann nella sifilide durante un triennio nella clinica dermo sifilopatica di Napoli), par G. VERROTTI, *Giornale Intern. delle Scienze Mediche*, Anno XXXIII (1911), 22 pages.

Après avoir indiqué la technique employée, qui est sensiblement la technique primitive de Wassermann, V. étudie la marche de la réaction selon l'âge de la syphilis. La réaction est le plus généralement positive du quinzième au vingtième jour de la maladie. Elle l'est d'autant plus qu'on approche davantage de la période secondaire. A cette période la réaction de W. est quasi constante : puis peu à peu, sans qu'il soit possible d'établir de limites précises, à cette phase de constance en succède une autre, irrégulière, oscillante, correspondant à la syphilis tardive et pendant laquelle la constance de la réaction diminue.

La réaction est d'autant plus nette que le nombre des foyers de lésions syphilitiques est plus grand.

Dans la syphilis latente, la réaction est plus souvent négative que positive.

Le traitement spécifique rend négative la réaction auparavant positive et cela en concomitance avec la guérison des lésions spécifiques.

Dans la syphilis tardive, à égalité de conditions, le traitement spécifique rend plus persistante, en général, la réaction négative, qu'il ne le fait dans les périodes récentes de la maladie.

Le traitement par le salvarsan constitue une puissante cure symptomatique. Mais au point de vue de son action involutive sur le processus syphilitique, il se montre de tout point inférieur au traitement iodo mercuriel.

Dans les cas où le diagnostic de syphilis est douteux, la réaction est plus généralement positive s'il existe de l'adénopathie, négative dans le cas contraire.

En résumé, la réaction de Wassermann donne des résultats trop incertains, justement dans les cas douteux, pour qu'on puisse se fonder sur elle seule pour porter un diagnostic. H. MINOT.

La réaction de Wassermann dans les cas de surdité instantanée (La Reazione di Wassermann nei casi di sordita instantanea), par D'AMATO. *Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle*, vol. LIII, 1912, p. 126-129.

Un jeune homme de 16 ans, robuste, n'ayant eu aucune maladie est pris

un matin de vertige, et son état s'aggrave jusqu'à la constitution d'une surdité presque absolue. L'interrogatoire ne révèle aucune syphilis antérieure, mais l'examen permet de constater une adénopathie généralisée.

La réaction de W. est essayée et se trouve positive : à la suite de quoi le père du malade, qui niait d'abord avoir été atteint, finit par avouer qu'il a eu la syphilis : son fils actuellement sourd est le produit de la deuxième grossesse de sa femme, la première ayant abouti à une fausse couche de 3 mois.

Un énergique traitement par le calomel n'aboutit à aucun résultat appréciable.

D' A. pense que dans de pareils cas la réaction de W. pratiquée dès le début permettrait d'établir un traitement précoce qui serait peut-être alors efficace. H. Minot.

Deux cas douteux de réaction positive de Wassermann (Dos casos dudosos de reaccion Wassermann positiva), par J. de Azua. *Revista clinica de Madrid*, 15 mars 1912, tome VII, n° 6, p. 216.

Premier cas. — Jeune homme de 19 ans atteint en septembre 1911 d'un chancre diagnostiqué mou (gros bubon, périadénite inguinale gauche). — Pas de manifestations ultérieures. Peu de temps après diphtérie. Pendant la convalescence de celle-ci, crise d'angoisse précordiale, palpitations, évanouissement, qui se répète deux fois en 15 jours, la deuxième avec moins d'intensité. On fait 3 réactions de Wassermann ; deux sont négatives et une faiblement positive. En janvier 1912, le cœur est normal. Une réaction de Wassermann faite par le procédé de Noguchi et celui de l'auteur, est absolument positive. La syphilis est cependant inadmissible au point de vue clinique. — *Deuxième cas.* — Un homme est atteint, il y a 5 ans, de chancre mou typique, sans le moindre signe d'adénopathie ou de lymphite spécifiques. Il avait des aphtes très nets sur la muqueuse des joues. En janvier 1912, séborrhéide pityriasique en plaques du thorax, absolument aucun signe de syphilis, pas d'aphtes à ce moment. Le malade se croyant syphilitique néanmoins, on fait un Wassermann par les procédés de Noguchi et de l'auteur. Résultat positif indéniable. L'hypothèse d'une infection syphilitique ne pouvait cependant aucunement se soutenir. Peut-être les aphtes. affection récidivante, probablement due à une infection spirillosique, peuvent-ils susciter la réaction de Wassermann. — Dans les deux cas, un traitement d'épreuve par le mercure ou le 606 n'était pas possible : dans le premier, les troubles cardiaques interdisant le Salvarsan et dans le deuxième, le mercure augmentant les aphtes. J. Méneau.

Des indications thérapeutiques tirées de la réaction de Wassermann et de la ponction lombaire chez les syphilitiques, par E. Jeanselme et A. Vernes. *Société Médicale des Hôpitaux*, 1er mars 1912, n° 8, p. 274.

Pour le traitement de la syphilis, on doit se guider sur les résultats de la réaction de Wassermann d'une part et de la ponction lombaire d'autre part. La réaction de Wassermann avec les modifications que l'auteur lui a fait subir : appréciation du degré de l'hémolyse par comparaison avec une échelle colorimétrique fixe servant d'étalon permet en quelque sorte de

doser la virulence de la syphilis et de suivre ses fluctuations en l'absence de manifestations objectives. La ponction lombaire renseigne sur les modifications du liquide céphalo-rachidien. Alors que les humeurs en général donnent toujours chez le syphilitique une réaction de Wassermann identique à celle du sang, seul le liquide céphalorachidien fait exception comme si ce milieu était séparé du reste de l'organisme par une cloison étanche.

Pour que sa réaction devienne positive il faut qu'il existe de grosses lésions méningées. Inversement la réaction de Wassermann positive dans le liquide céphalo-rachidien peut être négative dans le sang si la syphilis a concentré toute son activité sur les méninges. E. VAUCHER.

La réaction de Wassermann avec le sérum de cadavre (Die Wa. R. aus Leichenserum), par H. SCHMIDT. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 15 avril 1912, n° 17, p. 802.

La syphilis sous toutes ses formes peut être retrouvée par l'examen sérologique du cadavre avec 94 pour 100 de certitude. Dans les cachexies d'origine néoplasique, les tuberculoses graves, les symptômes, la réaction peut être également positive mais il s'agit en général de déviations incomplètes. Les résultats sont les mêmes avant et après la mort. L'expérience de L. porte sur 233 sérums.

Dans les vieux cadavres on peut utiliser le sérum actif; dans ce cas la négativité de la réaction prend plus de valeur. Alors que les résultats positifs doivent être confirmés par l'examen du sérum inactivé. PELLIER.

La réaction de Wassermann comme moyen de recherche de la syphilis latente, par LETULLE et A. BERGERON. *Bulletin de l'Académie de médecine,* 11 avril 1911, p. 486.

Sur 6 cas de myocardite ou de dilatation du cœur, L. et B ont eu 6 réactions négatives ; sur 11 aortites chroniques 7 réactions positives, sur 3 cas d'anévrysmes de l'aorte 2 réactions positives.

Sur 24 cas de néphrite chronique, ils ont obtenu 6 réactions positives.

Sur 3 cas de cancer (œsophage, pancréas, estomac), 3 réactions positives.

Un cas de pneumopathie avec expectoration fétide et très abondante, sans bacilles de Koch a donné un résultat positif, mais le traitement mercuriel n'a pas amené d'amélioration.

Sur 16 hémiplégiques âgés, 10 avaient une réaction positive et parmi eux 3 seulement avaient des antécédents syphilitiques connus.

4 cas de paralysie spasmodique ont donné une réaction positive.

3 cas de monoplégie du membre supérieur ont donné une réaction positive, une douteuse et une négative.

3 cas d'ophtalmoplégie ont donné une réaction positive et 2 négatives, dont une chez un sujet atteint de syphilis 11 ans auparavant et ayant subi récemment un traitement énergique.

5 cas de tabes confirmé ont donné 2 réactions positives et 3 négatives, ces dernières chez des sujets dont l'affection évoluait très lentement.

12 malades chez lesquels la réaction de Wassermann avait été recherchée sont morts. 5 ont été autopsiés. Chez 4 elle avait été négative: l'un était atteint de granulie sans lésion spécifique reconnaissable ; deux avaient de nombreuses dépressions cicatricielles, l'une du foie, l'autre du rein, in-

dices d'une syphilis éteinte ; mais ce qui est troublant c'est l'existence chez le quatrième de gommes syphilitiques en activité du foie, du pancréas, avec artérites multiples. Dans les 8 cas où la réaction avait été positive, l'autopsie a montré des lésions incontestablement imputables à la syphilis.

L'anatomie pathologique conduit donc, comme la clinique, à accorder peu de valeur à une réaction négative, mais une confiance presque absolue aux résultats positifs. G. Thibierge.

La réaction de Wassermann dans la syphilis congénitale (Die Wassermannsche Reaktion bei angeborener Syphilis), par O. Thomsen et H. Boas. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1912, t. 111, p. 91.

Conclusion : Les enfants de mères syphilitiques sont et restent sains quand le sang maternel n'offre pas la réaction de Wassermann bien plus souvent que lorsque la réaction est positive ; mais cette absence de séro réaction n'a une valeur pronostique que si on ne l'a pas provoquée par un traitement spécifique récent.

Les enfants qui offrent des accidents syphilitiques plus ou moins longtemps après la naissance n'ont pas toujours un Wassermann positif, à moins qu'ils ne présentent des accidents ou qu'ils soient sur le point d'en présenter, auxquels cas la réaction est toujours positive.

Exceptionnellement, un enfant peut offrir une réaction positive lors de la naissance, sans accidents ultérieurs ; dans ces cas, la réaction disparaît bientôt après la naissance.

On peut voir des lésions syphilitiques du cordon et du placenta chez des enfants qui présenteront ultérieurement des accidents spécifiques sans que le sang offre la réaction. On doit donc associer la recherche de la réaction de Wasserman à l'examen du cordon et du placenta.

Les variations dans l'absence ou la présence de la réaction, c'est-à-dire dans la quantité des substances qui réagissent dans la syphilis latente est probablement en rapport avec le moment de la grossesse où le fœtus a été infecté.

La réaction est régulièrement positive chez les enfants ou les adultes présentant des manifestations de syphilis congénitale.

Les substances réagissantes sont plus abondantes s'il s'agit de syphilis héréditaire que dans la syphilis acquise, et résistent davantage au traitement.

Les mères d'enfants syphilitiques sont elles-mêmes syphilitiques.

Ch. Audry.

La réaction de Wassermann chez le lapin (Die Wasserman'sche Reaktion beim Kaninchen), par Halberstaedter. *Berliner klinische Wochenschrift,* 25 mars 1912, n° 13, p. 394.

S'il est vrai que certains sérums donnent à l'état actif une déviation du complément plus nette, d'autres ne la donnent exclusivement qu'à cet état. Cette propriété se rencontre surtout à la fin des cures mercurielles, mais aussi quelquefois chez des sérums non syphilitiques.

On observe chez le lapin un phénomène inverse: le chauffage à 65° transforme souvent un sérum négatif à l'état actif en sérum positif. L'inoculation de la syphilis ne change pas le sens de la réaction tandis que la

dourine peut transformer en positifs des sérums de lapin antérieurement négatifs.

La modification apportée par l'inactivité est rendue d'une explication d'autant plus difficile qu'elle est de sens absolument contraire chez l'homme et chez le lapin. PELLIER.

Influence du traitement ioduré sur la réaction de Wassermann (Sull influenza del trattamento coll ioduro di potassio sulla reazione del Wassermann), par E. BIZZOZERO. *Giornale della R. Accademia di medicina di Torino,* vol. XVI, 1910, 5 pages.

B. a étudié l'action de l'iodure de potassium snr la réaction de W. dans des cas de paralysie progressive, de lésions oculaires, d'aortite, de tabes, en tout 17 cas.

La réaction est devenue, de positive qu'elle était auparavant, négative, dans 4 cas, après l'absorption de quantités d'iodure respectivement égales à 50 gr., 115 grammes, 100 grammes, 60 grammes; cette dernière fois, c'était dans un cas de tabes, et, à la disparition de la réaction de W. correspondit une amélioration notable des symptômes cliniques.

H. MINOT.

Influence du traitement sur les réactions de Wassermann chez les anciens syphilitiques (Der Einfluss der Therapie auf die Wassermannsche Reaktion bei Spätsyphilis), par J. MULLER. *Deutsche medizinisehe Wochenschrift,* 1912, n° 6, p. 268.

Sur 57 anciens syphilitiques (syphilis datant au moins de 3 ans et demi) porteurs d'un Wassermann positif, 40 étaient indemnes d'accidents cliniques, et 17 en présentaient.

Sur les 40 premiers, 32 virent disparaître la réaction par le traitement. Sur les 17 porteurs d'accidents, 4 la conservèrent. Les autres en guérirent tous.

Ces résultats très favorables, M. les a obtenus par un traitement mercuriel énergique (cure de frictions seules ou associécs à des injections solubles), à l'administration simultanée de l'iodure de potassium, à l'interdiction absolue de l'alcool, à l'association des moyens physiques capables de provoquer l'activité des échanges nutritifs ; et les résultats ainsi obtenus paraissent supérieurs à ceux que procurent le Salvarsan en pareil cas, même si le Salvarsan est associé au mercure. Ch. AUDRY.

Traitement de la syphilis par le Salvarsan.

Sur la valeur comparée de l'arsenic organique et du mercure dans le traitement de la syphilis, par E. GAUCHER. *Bulletin de l'Académie de médecine,* 15 novembre 1910, p. 264.

G. a constaté que la dose toxique d'arséno-benzol, pour le cobaye, est d'environ 8 centigrammes par kilogramme d'animal, les phénomènes observés semblent être d'une manière générale, ceux de l'intoxication par les composés arsenicaux.

Chez les animaux morts en 48 heures, on constate une congestion intense de tous les organes, avec quelques petits foyers hémorragiques ; chez ceux morts plus tardivement, on constate une infiltration graisseuse des

lobules hépatiques, associée à une congestion persistante des reins et des poumons.

Les expériences physiologiques montrent que injecté à doses thérapeutiques dans les veines du chien, l'arséno-benzol en solution alcaline modifie peu la pression artérielle, accélère le pouls et donne une légère élévation thermique. A doses plus élevées, il produit une chute de la pression artérielle avec modification profonde du rythme cardiaque.

Des cas où il l'a employé chez l'homme, G. conclut que l'arséno-benzol, pas plus que l'hectine, ne guérit la syphilis, ne stérilise l'infection syphilitique. Les récidives après ce traitement ne se comptent plus.

Les lésions érosives ou ulcéreuses de la peau et des muqueuses sont celles qui bénéficient le plus de l'arséno-benzol ; il influence favorablement les lésions des phanères. Il ne donne aucun résultat dans la syphilide pigmentaire.

G. conclut que l'arséno-benzol a une action manifeste sur les lésions cutanées et muqueuses, surtout sur les lésions ulcéreuses de toutes les périodes de la syphilis, dans beaucoup de cas, mais non dans tous les cas, que son action est habituellement plus rapide que celle du mercure, mais souvent momentanée, qu'elle peut être rapidement efficace dans des cas où le mercure avait échoué la totalité de ces cas. Il ne possède aucune efficacité et peut même être dangereux dans certaines lésions viscérales.

G. Thibierge.

Syphilis traitée par le Salvarsan (5 cas) (Syphilis treated with Salvarsan [five cases]), par Howard Morrow. *Journal of cutaneous disesaes,* octobre 1911, p. 547.

Résultats favorables, obtenus dans cinq cas de syphilis par le Salvarsan, au point de vue immédiat. Le Wassermann fait dans 4 de ces cas, devint négatif dans 2 cas seulement après quelques semaines. G. Petges.

Traitement de la syphilis maligne (Treatment of malignant syphilis), par Howard Morrow. *Journal of cutaneous diseases,* octobre 1911, p. 542.

Relation de deux cas de syphilis ulcéreuse maligne rebelles au mercure, guéris par le Salvarsan. M. constate que le Salvarsan est supérieur au mercure en rapidité et en efficacité. Mais il vante l'association des deux médicaments. G. Petges.

Salvarsan. Expérience d'une année (Salvarsan während eines Jahres gesammelte Erfahrungen), par M. Möller. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 18 janvier 1912, n° 3, p. 114.

Le Salvarsan n'a pas seulement une action symptomatique puissante et rapide: il agit également sur la réaction de W. et comme prophylactique vis-à-vis des récidives à condition d'employer des doses convenables et de les répéter. Pellier.

Sur les injections intraveineuses de Salvarsan (Uber die intravenösen Infusionen von Salvarsan), par Krzysztalowicz et Weber. *Monatshefte für praktische Dermatologie,* t. 53, 1912, p. 189.

La réaction consécutive ne semble dépendre ni du degré d'alcalinité ni

de la température du liquide injecté, ni de la dose, ni des impuretés de l'eau invoquées par Wechselmann. PELLIER.

Expérience personnelle des traitements abortifs par le calomel et le Salvarsan (Eigene Erfahrungen über Abortivkuren mit Kalomel und Salvarsan), par H. MÜLLER. *Muenchener medizinische Wochenschrift,* 2 janvier 1912, n° 1, p. 22.

Sur 10 malades traités par le calomel et longuement suivis, trois sont restés sans accident clinique ou sérologique :

Neuf cas de chancre avec W. négatif sont restés sans récidive après traitement par le Salvarsan et le calomel.

Neuf autres dont le W. était négatif dans la technique originale et positif avec du sérum actif ont présenté deux récidives. Sur sept cas de chancres à W. positif trois seulement sont restés sans symptômes.

Les neuro-récidives publiées par M. figurent déjà dans le travail de Benario. PELLIER.

Sur la théorie de l'action du Salvarsan et de l'arsenophénylglyzine (Zur Theorie der wirkung des Salvarsan und Arsenophenylglyzin), par J. IVERSEN. *Muenchener medizinische Wochenschrift,* 6 février 1912, n° 6, p. 295.

L'arsenophenylglyzine se montre absolument inefficace vis-à-vis des spirilles de la fièvre récurrente alors que le Salvarsan amène à de moindres doses une stérilisation complète. Comme la teneur en arsenic de ces deux produits est sensiblement la même, il est difficile de soutenir que l'action du Salvarsan est due aux propriétés tonifiantes des arsenicaux. La grosse différence réside donc dans la constitution chimique de ces corps, dans la présence ou l'absence d'une affinité de groupe. PELLIER.

Observations à propos du traitement précoce de la syphilis (Zur Kazuistik der Frühbehandlung der Syphilis mit Salvarsan), par P. MULZER. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1912, n° 14, p. 649.

Un jeune officier présente un chancre syphilitique datant de 8 jours ; pas d'adénopathie ; W. négatif. Excision du chancre, 0,40 de Salvarsan, intra-veineuse. Réunion per primam, 6 jours plus tard, réinduration avec spirochètes dans la ligne de suture, et présence d'un autre petit chancre du frein. Nouvelle injection intra-veineuse de 0,40 de Salvarsan ; pas d'accidents depuis lors.

Un étudiant a des rapports sexuels le 8 février ; le 9, on le voit avec une érosion traumatique du frein ; le 10 blennorrhagie urétrale. On apprend que la femme avec laquelle il a eu des rapports est syphilitique ; le 11, 0,40 de Salvarsan intra-veineuse ; à titre préventif. Le 21, début d'une induration dans l'érosion ; le 29 chancre typique à spirochète, 0,40 de Salvarsan.

Dans les 2 cas, le pouvoir prophylactique du Salvarsan a été nul.

Ch. AUDRY.

Recherches statistiques et cliniques sur la thérapeutique de la syphilis par le Salvarsan (Statistiches und klinisches zur Salvarsanthe-

rapie der Syphilis), par F. BERGER. *Münchener medizinische Wochenschrift,* 1912, n° 15, p. 808.

Sur 65 cas, B. n'a jamais obtenu de récidive clinique (13 cas de chancre, les autres de syphilis secondaire).

Sur les 13 cas de chancres, le W. devint et resta négatif 11 fois. Sur 28 cas de syphilis secondaires récentes, le W. resta négatif 19 fois sur 27 ; sur 5 cas d'infection traités pendant la seconde année, 4 restèrent négatifs, etc.

2 malades ont présenté des accidents temporaires de néphrite. Un autre présenta une neuroréaction méningée, après une seconde injection, etc.

Ch. AUDRY.

Sur les déviations que l'arsénobenzol apporte dans la marche de la syphilis (Ueber Abweichungen im Verlaufe der Syphilis nach Anwendung von Arsenobenzol), par DESNEUX et DUJARDIN. *Münchener medizinische Wochenschrift,* 1911, n° 40.

Les auteurs rappellent le « pseudo-primaraffekt » sur lequel Bettmann a appelé l'attention — les neurorécidives — et le bouleversement qui se réalise quelquefois dans la suite des accidents.

Rien de nouveau. Ch. AUDRY.

Quinze mois de pratique du 606, par MM. NICOLAS et MOUTOT. *Lyon médical,* 18 février 1912, page 381.

Les auteurs apportent les résultats de leur pratique du 606 pendant quinze mois, à la clinique vénéréologique de l'Antiquaille. Cette statistique comprend, à l'heure actuelle, plus de 800 injections, dont plus de 750 intraveineuses, chez 350 malades environ.

Leurs conclusions au point de vue thérapeutique sont les suivantes :

1. *L'arséno-benzol* a une valeur curative indéniable sur *tous les accidents syphilitiques en évolution* (primaires, secondaires, tertiaires, état général). Les cas de syphilis certaine où il échoue restent très rares. Son action est énergique, rapide, surtout résolutive et cicatrisante. Cependant, elle est loin de s'exercer avec la même rapidité et efficacité sur tous les accidents : les accidents ulcéreux, gommeux, semblent les plus influencés, les accidents secs, papuleux, psoriasiformes sont les plus longs à disparaître.

Jusqu'ici, dans les cas qu'ils ont eu l'occasion de traiter, l'action leur a paru à peu près nulle sur le tabes, la paralysie générale, la syphilis pigmentaire ; peu marquée sur les leucoplasies vraies (à différencier des glossites scléreuses).

D'une façon générale, l'arsénobenzol a une action curative d'une rapidité et d'une efficacité plus grandes que celle du mercure seul ou associé à l'iodure. Il agit dans les cas où le mercure a échoué.

2. *Le traitement* peut être fait avant ou après l'apparition des manifestations secondaires : c'est la discussion de l'avortement de la syphilis, ou des récidives :

Traitement abortif de la syphilis par le 606. — Les auteurs ont injecté environ quarante individus porteurs de chancres, âgés de 5 à 30 jours, quelques-uns déjà depuis un an. Ils n'ont encore revu aucun d'eux avec des symptômes de généralisation. Tout en faisant des réserves pour la possibilité de la stérilisation de la syphilis, ainsi traitée ab ovo, et tout en

conseillant de la tenter, les auteurs n'apportent encore aucune conclusion définitive à cet égard.

Récidives. — L'arséno-benzol injecté après l'explosion des manifestations secondaires, dans les périodes jeunes de la syphilis n'a pas grande valeur préventive contre les nouveaux accidents. Les récidives sont très fréquentes, même après des séries de trois, quatre injections à 60 centigrammes. Elles sont parfois rapides, souvent aussi avec des accidents profus et généralisés. Les accidents graves ne sont pas toujours évités. Il ne semble pas y avoir d'arséno-accoutumance, le 606 est efficace contre ces récidives.

3. *Indications.* En raison de la possibilité d'accidents graves, de la valeur préventive, qui ne semble pas très grande, le 606 leur paraît devoir être réservé à certaines indications qui, à l'heure actuelle, restent pour eux :

a) Les tentatives de stérilisation de la syphilis, traitée dès le début du chancre, avant l'apparition des accidents secondaires. C'est là un point très intéressant. Sans pouvoir apporter aucune affirmation pour l'avenir, il est certain que les injections de 606, suivies d'un traitement mercuriel méthodique, ont supprimé d'une façon constante dans leurs cas les accidents secondaires.

b) Les cas où le mercure seul, ou combiné à l'iodure, a échoué. Les accidents muqueux persistants et récidivants de la gorge, les syphilides acnéiques, lichénoïdes, retirent le meilleur bénéfice du 606.

c) Les cas où le mercure est mal toléré (gingivites, albuminurie, hydrargyrie).

d) Les cas où il y a nécessité d'agir vite et fort par suite d'accidents graves : manifestations malignes de la syphilis, syphilis mutilantes phagédéniques, ulcéreuses, secondaires malignes précoces, malignes tertiaires ; par suite de conditions prophylactiques à remplir, syphilis des gens mariés, prostituées, verriers, etc. Le 606 est certainement le médicament qui blanchit le plus vite en général les syphilitiques. M. Carle.

Sur l'influence des injections de Salvarsan sur la syphilis mixte (Uber den Einfluss von Salvarsaninjektionen auf Lues mixta), par Vörner *Monatshefte für praktische Dermatologie,* décembre 1911, t. 53, p. 591.

L'injection de Salvarsan donne parfois autour de foyers inflammatoires d'origine non syphilitique de vives réactions locales. V. en cite trois observations (stomatite, plaie infectée, épididymite blennorrhagique). Chez un tabétique, mort au bout de quatre semaines, l'autopsie a constaté une tuberculose miliaire dont la production peut être attribuée à une réaction hyperémique autour de tuberculoses ganglionnaires dont elle favorise la dissémination.

Il ne s'agit évidemment pas d'une action directe sur les agents microbiens ; il est plus probable que le Salvarsan crée ou exagère une sensibilité de l'organisme vis-à-vis des toxines. Pellier.

Expériences sur le traitement par le Salvarsan des affections syphilitiques et métasyphilitiques du système nerveux (Erfahrungen über Salvarsanbehandlung syphilitischer und metasyphilitischer Erkrankungen des Nervensystems), par O. Klineberger. *Berliner klinische Wochenschrift,* 1912, n° 10, p. 443.

K. a traité 31 paralytiques, dont 7 sont morts à bref délai ; 16 ont évolué

rapidement, 5 sont restés stationnaires ; 3 ont présenté des rémissions plus ou moins longues. En cas de tabes, les résultats n'ont pas été beaucoup meilleurs : toutefois, on a pu noter des améliorations temporaires de quelques symptômes.

K. a traité aussi 29 malades atteints de syphilis tardive cérébro-spinale. 6 d'entre eux n'ont obtenu aucune amélioration, 10 ont été améliorés et 13 guéris.

Le Salvarsan agit plus vite que Hg, et quelquefois dans des cas où Hg a échoué. En résumé résultats nuls dans la paralysie générale, à peu près nuls dans le tabes ; résultats excellents en cas de syphilis des centres cérébro-spinaux.

Dans certains cas, les meilleurs résultats ont été obtenus par la combinaison du mercure et du Salvarsan et c'est là la méthode à recommander.

Ch. Audry.

Deux cas d'ictère catarrhal en période secondaire de la syphilis. Disparition rapide après injection de Salvarsan. Rechutes d'accidents secondaires après le traitement par l'arséno-benzol, par Legendre et Garsaux. *Société Médicale des Hôpitaux,* 31 mai 1912, nº 19, p. 758.

Observation de deux malades qui étaient atteints d'un ictère par rétention survenu au cours de la période secondaire de la syphilis. Cet ictère qui était total et persistait sans modifications depuis plusieurs mois disparut au bout de deux ou trois jours à la suite d'une seule injection intraveineuse de Salvarsan.

E. Vaucher.

Ectasie aortique et Salvarsan, par Decloux et Gauduchau. *Société Médicale des Hôpitaux,* 3 mai 1912, nº 15, p. 529.

Observation d'un homme de 47 ans qui fut pris de douleurs rétrosternales, de dyspnée intense et continue. La radioscopie démontre la présence d'une dilatation de la crosse aortique. Le traitement mercuriel et ioduré ne donnant pas de résultat on pratique une injection de 0,20 de 606. Le jour même qui suivit l'injection les douleurs thoraciques et la dyspnée cessèrent presque complètement. Deux autres injections furent pratiquées dans la suite. Toutefois l'ectasie aortique n'a pas été modifiée et seuls les phénomènes dus à la péri-aortite concomitante ont été influencés par le traitement.

E. Vaucher.

Des résultats donnés par le Salvarsan en obstétrique, par C. Jeannin. *Presse médicale,* 6 janvier 1912, nº 2, p. 14.

Le Salvarsan modifie heureusement les accidents spécifiques au cours de la puerpéralité. Il paraît légitime d'y avoir recours chez la femme enceinte.

La marche de la grossesse n'est généralement pas influencée en mal. On n'a pas encore observé d'avortement et les cas d'accouchement prématuré sont rares et discutables.

Peut-être une injection de Salvarsan a-t-elle pu déterminer dans des cas très rares la mort du fœtus? Très généralement le fœtus continue à se développer et naît vivant. Chez le nouveau-né la voie directe par injection intramusculaire est seule logique. Le Salvarsan donne du reste des résultats

très inférieurs à ceux obtenus chez l'adulte et il faut lui préférer la médication hydrargyrique. E. VAUCHER.

Résultats donnés par le salvarsan à la clinique Tarnier, par P. BAR. *Bulletin de l'Académie de médecine,* 31 octobre 1911, p. 198.

B. a pratiqué des injections intra-veineuses d'arséno-benzol chez 10 femmes enceintes et 4 nourrices.

Chez toutes les femmes enceintes, il y a eu vers le troisième ou quatrième jour, parfois dès le lendemain, élimination d'urates par les urines, et dans les deux tiers des cas, du cinquième au dixième jour, une crise d'albuminurie (0,20 par litre) qui a duré 3 à 4 jours ; dans un seul cas, il y a eu une albuminurie grave montant jusqu'à 6 grammes par litre avec œdème des membres inférieurs.

Les plaques muqueuses ont disparu rapidement.

Dans la moitié des cas environ, les bruits du cœur fœtal ont notablement diminué dans les jours qui ont suivi l'injection et 2 fois on a pu craindre que l'enfant succombât dans les 3 à 4 jours suivant l'injection ; cette souffrance du fœtus semble due plutôt à la destruction des spirochètes qu'à une action directe de l'arsenic sur le fœtus.

Un enfant d'une mère traitée par l'arséno-benzol est né bien portant 5 mois et demi après la première injection. Un enfant est né syphilitique 72 jours après l'injection.

8 enfants de syphilitiques nés à terme ont reçu des injections de 3 centigrammes de salvarsan (2 paraissaient indemnes, mais le sang du cordon présentait la réaction de Wassermann, 3 étaient atteints de pemphigus grave, 2 d'hydrocéphalie, 1 de paralysie).

B. conclut que l'arséno-benzol peut être utile chez le nouveau-né syphilitique à terme, qu'il agit très rapidement sur le pemphigus et en fait disparaître très vite les spirochètes, qu'il peut permettre la guérison rapide et durable de l'hydrocéphalie d'origine syphilitique, que la disparition des accidents, et même de la réaction de Wassermann, n'implique pas que la guérison soit définitive, qu'il est possible que son emploi diminue la résistance du nouveau-né aux infections intercurrentes. G. THIBIERGE.

De l'emploi du Salvarsan dans la syphilis héréditaire (Die Anwendung des Salvarsans bei hereditären Lues), par ANDRONESCU. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1912, nº 16, p. 761.

2 fois, des nourrissons hérédo-syphilitiques furent guéris par le traitement de la mère nourrice par l'injection intra-veineuse de Salvarsan. Dans un troisième cas, la méthode échoua, aussi bien que l'administration directe. Dans 6 autres cas où les enfants reçurent l'injection directement, on obtint 4 succès et 2 échecs. Ch. AUDRY.

Sur l'élimination et la rémanence du Salvarsan dans leurs rapports avec la thérapeutique (Die Ausscheidungs-und Remanenz verhältnisse des Salvarsan in ihren Beziehungen zur Therapie), par K. OLLMANN. *Wiener klinische Wochenschrift,* 1912, nº 4, p. 159.

L'expérimentation sur l'animal a montré que le Salvarsan est très bien

toléré des espèces qui sont très sensibles aux préparations arsenicales inorganiques.

Après injection sous-cutanée ou intramusculaire l'arsenic apparaît rapidement dans les urines et les fèces; cette élimination augmente jusqu'au cinquième ou sixième jour pour s'abaisser ensuite à des quantités infinitésimales mais dont la présence se constate pendant plusieurs mois.

L'élimination de l'injection intraveineuse atteint son maximum dès le premier jour : du second au cinquième la quantité d'arsenic tend à devenir impondérable mais contrairement à une opinion très répandue, elle peut être constatée plusieurs mois après une seule injection intraveineuse.

L'arsenic se retrouve constamment dans le foie et le rein. Le sang n'en présente des quantités pondérables que lorsque l'animal est sacrifié très peu de temps après l'injection. La rate, le testicule, les os, les muscles en contiennent presque toujours des traces. Il n'y en a pas dans le cerveau, tandis qu'on en rencontre après administration d'atoxyl ou de liqueur de Fowler. PELLIER.

Sur le néosalvarsan (Ueber Neosalvarsan), par SCHREIBER. *Münchener medizinische Wochenschrift,* 1912, n° 17, p. 905.

Le néosalvarsan, préparation 914 du laboratoire d'Ehrlich résulte de :

$$R - NH_2 + HO - CH_2 - 0{,}50\ Na = R - NH - CH_2 - 0{,}50\ Na + H_2O$$

il provient « d'une condensation de formaldéhyde sulfoxylate de soude avec le Salvarsan ».

S. en a fait 1 200 injections à 254 malades ; le plus souvent par voie intra-veineuse, quelquefois intra-musculaire.

On injecte une quantité maxima de 1,5 en une fois dans 150 à 200 grammes d'eau fraîchement distillée, et froide, 0,90 de néosalvarsan peuvent être considérés comme répondant à 0,60 de Salvarsan. La dose maxima a été de 6 grammes de néosalvarsan injecté en huit jours.

L'action sur le spirochète est très rapide.

La dissolution se fait immédiatement, sans l'intervention d'aucun neutralisant. Le médicament est mieux toléré que l'ancien ; son efficacité est au moins égale, et il peut très bien s'utiliser en injection intra-musculaire.

En général, les parergies (vomissements, diarrhées, frisson) sont beaucoup moins fréquentes ; mais la fièvre peut toujours se produire. S. n'a pas observé de neuro-récidive.

Pour l'injection intramusculaire, on peut utiliser une solution de 1,5 dans 20 centimètres cubes d'eau, en la faisant précéder d'une injection de novocaïne. Ch. AUDRY.

REVUE DES LIVRES

Jubilé Barduzzi. — **Nel XXV anno die insegnamento universitario,** de D. Barduzzi. Livourne, 1911.

Voici le relevé, avec quelques brèves notations, des travaux contenus dans ce volume.

Audry. — *Quelle est la base du traitement des arthropathies blennorrhagiques.* — A. insiste sur l'importance majeure du traitement du foyer gonococcique.

Balzer. — *Contribution à l'étude de la syphilis par les dérivés arsenicaux et principalement par l'hectine.*

Bassi. — *Sur la pathogénie de l'érythème pernio.* — L'érythème pernio se produit chez les sujets débilités par l'action du froid. Celui-ci amène des modifications dans l'albumine des tissus, de sorte qu'il se forme un antigène et des anticorps spécifiques.

Bietti. — *Un cas de pemphigus da la conjonctive.* — (Bibliographie.)

L. Brocq. — *Contribution à l'étude de la Lichénification dans les dermatites polymorphes.* — Dans un cas, B. décrit la formation de placards lichénoïdes, coïncidant avec des zones d'hypertrophie papillaire.

V. Chirivino. — *Psoriasis lichénoïde.* — Avec étude histologique.

Civatte. — *Sur un cas de tuberculides : lichen scrofulosorum et acne scrofulosorum.* — Dans ce cas, la vaccinothérapie a agi favorablement et semble indiquer que la staphylococcie pourrait parfois jouer un rôle dans la genèse ou l'aspect des tuberculides papulo-nécrotiques.

J. Darier. — *Sur les vésicules aberrantes du zona.* — Le zona doit être rapproché des fièvres éruptives. D'habitude, l'éruption est systématisée, parce que le virus frappe avec élection certains neurones, mais exceptionnellement, elle peut se généraliser.

De Beurmann et Gougerot. — La sporotrichose (etc.).

G. Define. — *Granulome annulaire.* — Un beau cas avec lésions cubitales, etc. Entre autres lésions histologiques, D. signale l'existence de dégénération myxomateuse des éléments.

Ercoli. — *Contribution à l'étude de l'idrocistome.* — (Bibliographie et figures.)

Finger. — *Érythème polymorphe, pemphigus.*

Fiocco. — *Un cas de myase cutané par dermatobia noxiolis.*

Gaucher et Lévy Franckel. — *Du rôle de la syphilis dans l'étiologie de certains goitres exophtalmiques.*

L. Jullien. — *Abortion de la syphilis.*

L. Martinotti. — *Sur les alopécies peladoïdes.* — (Pseudo-pelade, etc.) (bibliographie.)

Minassian. — Dermatite érythémato-vésiculeuse et papuleuse des nourrissons (syphiloïde papulo-érosive).

J. Nicolas. — *Réaction des syphilitiques à la tuberculine.*

Panichi. — *Ulcération phagédénique du dos de la main.*

Pasini. — *Granulome trichophytique.*

F. Radaeli. — *Sur un cas de purpura annularis telangiectodes.*

Sabouraud. — *Étiologie de l'alopécie en aires.* — (Rôle possible de la syphilis dans un certain nombre de cas.)

Simonelli. — *Sur la tranmission de la syphilis au cobaye.*

M. Truffi. — *Leucodermie psoriasique.*

Torök Lajos. — *Sur les phlébites de nature syphilitique.*

Thibierge. — *Action curative des injections de tuberculine dans l'érythème induré de Bazin.*

Verrotti. — *Un cas de syphiloderme noueux multiple tardif simulant la sporotrichose.*

Nous n'avons pas cru devoir analyser tous ces articles dont un certain nombre ne sont pas absolument nouveaux, et dont les titres sont généralement assez explicites. D'autre part, comme il s'y trouve nn bon nombre d'observations intéressantes sur des sujets en discussion, le lecteur ne sera pas fâché d'en connaître l'existence. Ch. Audry.

Troisième compte rendu du traitement de la syphilis par le Salvarsan à l'hôpital de la marine de Kiel (B. Bericht über Salvarsanbehandlung aus dem Kaiserlichen Marinelazarett Kiel-Wik), par Gennerich. Berlin 1911, Hirschwald, éditeur.

Il est bien difficile de donner une analyse de ce travail où G. résume les résultats d'une pratique assez étendue, mais encore un peu trop récente, à mon sens, pour qu'il soit autorisé à formuler des conclusions aussi affirmatives qu'il le fait.

G. fait 4 injections de Salvarsan et une cure énergique de calomel en même temps.

Il a observé une seule neurorécidive sur 340 malades.

Sur 64 sujets chez lesquels il a tenté l'abortion, 8 seulement ont présenté des accidents ultérieurs (mais ces malades ont été suivis seulement de 3 à 15 mois). Il a vu 16 récidives sur 73 autres malades porteurs d'accidents secondaires ou tertiaires et n'ayant pas subi de traitement précoce.

G. croit avoir obtenu une réinfection.

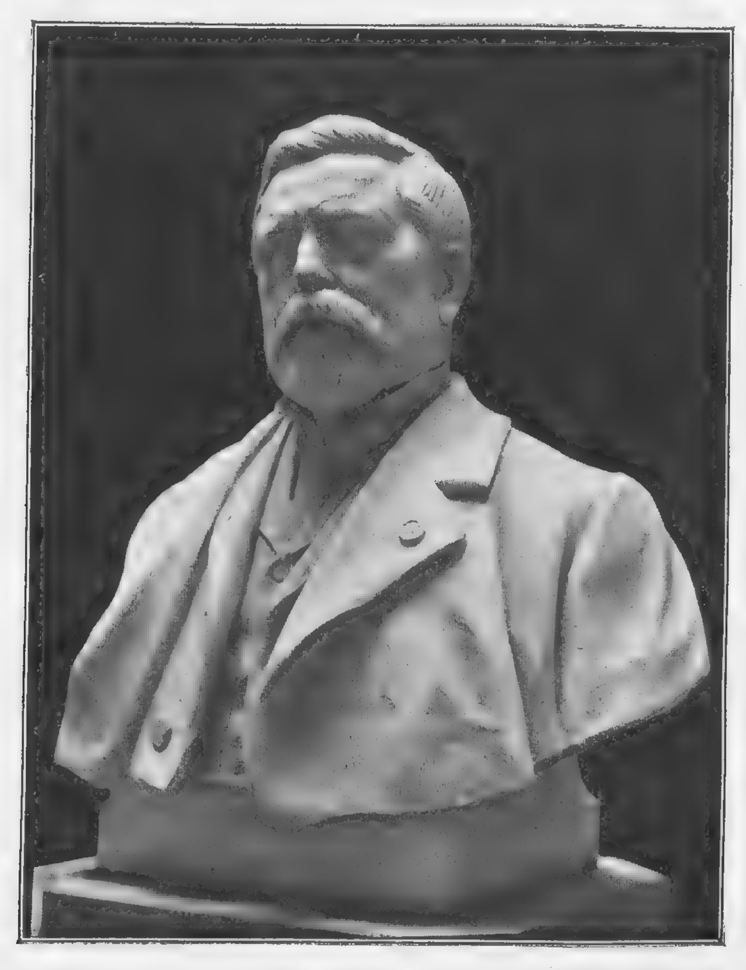
A la fin, G. réclame contre Milian, la priorité en ce qui touche la réactivation de la séro-réaction par l'injection de Salvarsan et son utilisation pratique.

Le travail de Gennerich serait plus facile à consulter s'il était disposé avec un peu plus d'ordre. Ch. Audry.

INAUGURATION DU MONUMENT ÉLEVÉ A URIAGE

A la mémoire du Dr A. DOYON.

A la suite de la mort du Dr Doyon, fondateur des *Annales de dermatologie,* une souscription fut ouverte, dans le but de lui élever un monument à Uriage où il a exercé la médecine pendant 50 ans.



Le comité se composait de MM. Ernest Besnier, Léon Bonnat, Alfred Fournier, présidents, comte de Béjarry, vice-président, G. Thibierge, secrétaire, P.-V. Masson, trésorier, P. Aubert, Balzer, Bertarelli, Brocq, Buisson, Francis Charmes, Cordier, Darier, Edouard Detaille, W. Dubreuilh, Ehlers, Finger, Erich Hoffmann, Max Joseph, Lacassagne, Macleod, A. Neisser, J. Nicolas, F.-J. Pick, J. Renaut, Paul Spillmann, Teulon-Valio, P.-G. Unna, P. Weber.

Le monument, consistant en un buste en marbre, dû au ciseau de M. Marqueste, membre de l'Institut, reposant sur une stèle dessinée par M. Bernier, membre de l'institut, a été érigé à Uriage, en face l'Etablissement thermal.

L'inauguration en a eu lieu le 16 juillet dernier, sous la présidence de M. le Pr Lacassagne (de Lyon), correspondant de l'Institut, en présence de M. le Pr Maurice Doyon, fils d'Adrien Doyon, de Mme Dagalier sa fille, de M. le comte de Saint-Ferriol, membre du Conseil d'administration de la Société des eaux d'Uriage, de M. Pozzo di Borgo, représentant M. le préfet de l'Isère, de M. Michoud, représentant M. le maire de Grenoble, de MM. le Dr Thibierge et Masson, représentant le Comité de souscription et les *Annales de dermatologie,* de M. le Pr Nicolas (de Lyon), de M. le Pr Perréol, directeur de l'École de médecine de Grenoble, de M. le Dr Favre, médecin des hôpitaux de Lyon, de MM. les maires des communes de Saint-Martin d'Uriage et de Vaulnaveys, des Membres du corps médical d'Uriage, de M. Buisson, fermier général des eaux d'Uriage, etc., etc., au milieu d'une foule considérable d'amis du Dr Doyon et de baigneurs.

De nombreuses personnalités s'étaient excusées de ne pouvoir assister à cette cérémonie : MM. Antonin Dubost, président du Sénat, comte de Béjarry, président de la Société des eaux minérales d'Uriage, MM. les Drs Balzer, président de la Société française de Dermatologie, Brocq, Darier, médecins de l'hôpital Saint-Louis, Bertarelli, directeur du *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle,* Aubert, chirurgien major honoraire de l'Antiquaille, etc., etc.

Nous reproduisons in extenso les discours prononcés à cette cérémonie, qui a célébré dignement la mémoire du regretté fondateur des *Annales de dermatologie.* La direction des *Annales,* qui a pris l'initiative de la souscription, renouvelle à cette occasion ses remerciements à tous ceux qui, par leur souscription et leur participation à la cérémonie d'inauguration, ont contribué à rehausser l'éclat de cette manifestation de reconnaissance envers un des hommes qui ont le mieux mérité de la Science dermatologique.

DISCOURS

de M. le Pr **A. Lacassagne,** correspondant de l'Institut.

Mesdames, Messieurs,

Il me semble que vous devez être surpris de voir à cette place un inconnu pour beaucoup d'entre vous. Je suis moi-même étonné du concours de circonstances qui me fait occuper la Présidence.

Cette place était celle de M. Léon Bonnat, membre de l'Institut, qui, retenu loin de nous par une indisposition, m'a chargé de vous lire la lettre suivante.

« Monsieur,

« A mon grand regret, il ne m'est pas possible de me rendre à Uriage pour inaugurer le monument de notre cher ami Doyon. L'état de ma

santé ne me permet pas d'entreprendre un voyage long et fatigant, par les journées chaudes que nous traversons. Doyon, lui-même, ainsi que je l'écrivais à un ami, eût été le premier à me le déconseiller.

« Je regrette vivement qu'il en soit ainsi.

« J'aurais aimé à me rappeler sous ses fenêtres, à l'endroit même où je l'ai connu, les heures pleines de charme passées auprès de lui. J'aurais aimé à faire revivre dans ma mémoire les preuves d'affection et de tendre amitié qu'il ne cessa de me prodiguer, et ce n'est pas sans une émotion bien vive que je me souviens de ces temps déjà lointains où je me jetais dans ses bras en arrivant à Uriage.

« Les souvenirs de mon séjour près de lui abondent : ce sont nos promenades sous les grands tilleuls du parc à la fin de ces journées si remplies, promenades souvent interrompues à l'annonce d'un baigneur qui réclamait ses soins, et, dans ces cas-là, il oubliait ses fatigues et se précipitait chez son malade. Et je n'oublie pas nos conversations, ses paroles si éloquentes, si riches en aperçus de toutes sortes. Il avait tous les dons. Mais ce que j'aimais en lui, par-dessus tout, c'était son dévouement, sa bonté, la bonté de son cœur cachée parfois sous des brusqueries imprévues, mais si réelle au fond !

« Hélas, il n'est plus, notre vieil ami ; il ne nous reste que son souvenir. Toutefois, le beau monument que nous inaugurons, monument que nous devons à la collaboration de deux de mes amis, Marqueste et Bernier, sera là pour remémorer fidèlement ses traits si nobles et pour rappeler aux jeunes générations la place considérable qu'avait su prendre cet homme éminent.

« Là s'arrête la mission que j'aurais dû remplir. Je n'aurais pu parler que de l'homme privé, de l'homme que j'ai tendrement aimé ; à vous, Monsieur, à vous dont il parlait toujours avec une vive admiration, de raconter ses travaux, son œuvre féconde si bienfaisante, et de rappeler sa vie si brillamment remplie.

« Léon Bonnat. »

M. Bonnat aurait su mieux que je ne puis le faire remercier les autorités ou corps constitués qui se sont fait représenter ici :

M. Bonnat vous aurait expliqué l'attraction que Doyon exerçait sur les artistes, son esthétique assurée, sa connaissance des Écoles de peinture, son admiration pour les Primitifs, le culte qu'il avait pour les Hollandais, ce qui ne l'empêchait pas de s'enthousiasmer pour les grands coloristes : Rubens, Eugène Delacroix, Henri Regnault.

Voilà à peu près ce que j'ai retenu d'une conversation sur l'art avec Doyon, en 1906, dans son appartement de l'Ancien Hôtel. J'ai compris alors son affinité artistique et l'écho que de pareils goûts avaient dû trouver chez Hébert, chez MM. Bonnat et Detaille.

Doyon était une nature fine, d'intelligence vive, au jugement droit

et solide, avec une mémoire heureuse qu'il a développée par l'étude des langues.

J'ajoute que sa qualité maîtresse était la volonté mettant à son service une activité soutenue, la continuité dans l'effort, et comme l'entêtement pour le succès d'un plan préétabli. Vous vous expliquez ainsi sa réussite dans le développement d'Uriage, qui fut l'occupation et même la préoccupation d'une grande partie de sa vie.

Il aimait sincèrement tout ce qui concourait à la vie et à la prospérité de l'établissement. Il était en relations d'amitié avec la noble famille de Saint-Ferriol. Il aidait par ses conseils, avec autorité et affection, le fermier général, M. Buisson, dont il avait pressenti les remarquables aptitudes. Doyon sympathisait avec les baigneurs et devenait bientôt le conseiller des familles, le docteur préféré par les enfants. Mais, par-dessus tout, il s'intéressait au personnel, dont il appréciait l'aide indispensable et l'infatigable dévouement. Sa sollicitude pour les malheureux et les indigents se manifesta dès le début en constituant pour eux une Caisse de Secours et en leur procurant le bénéfice du traitement thermal.

Ce n'est pas tout, et il me plaît d'insister sur sa bonté et ses sentiments altruistes. L'homme se rend plus utile par les qualités du cœur que par celles de l'esprit.

Mieux qu'un autre, comme ancien médecin militaire, je n'ai pu lire sans émotion ses « *Notes et souvenirs d'un chirurgien d'ambulance* ». Il raconte les péripéties de la Deuxième ambulance lyonnaise du 20 octobre 1870 au 10 mai 1871, les dangers et les misères d'installations de fortune, n'ayant pas toujours le nécessaire pour panser, coucher et même nourir les blessés. Il dit la situation critique à Poupry, près d'Orléans, et plus tard, au milieu du décembre de l'Année terrible, par une température glaciale, un voyage de *300 kilomètres* effectué en *18 jours* et qu'avait imposé l'autorité prussienne pour le rapatriement de l'ambulance par le Grand-Duché de Bade et la Suisse.

Nous savons, dans cet interminable calvaire, le rôle actif joué par Doyon, les souffrances endurées, les grands services qu'il a rendus aux blessés. Dans cette brochure, Doyon ne parle pas de lui, mais il gémit pour ses compagnons. Il s'apitoie sur les malades dont il était responsable, et, de temps en temps, s'échappe comme une plainte le mot de « *Patrie* », seul réconfort aux misères contre lesquelles il se sentait impuissant.

Notre ami fut un vrai patriote ; le gouvernement de la République le nomma chevalier de la Légion d'honneur en 1871.

Tel est, à grands traits, le portrait moral d'Adrien Doyon. Beaucoup d'entre vous ont connu l'homme, dont les traits si bien reproduits par M. Bonnat en 1887, constituent une des belles toiles du musée de Grenoble. Cette symphonie en blanc majeur représente bien Doyon tel

qu'il est resté dans mon souvenir : la tête relevée et puissante d'un doux entêté, l'œil fin et scrutateur derrière le lorgnon, un semblant de sourire bienveillant sur les lèvres, l'aspect dru et robuste indiquant ce que Montaigne a appelé « le plaisir solide, charnu et moelleux de la Santé ».

A ce moment, son fils Maurice Doyon, mon ami et collègue à la Faculté de Médecine de Lyon, parcourait une brillante carrière scientifique et prenait bientôt place parmi les éminents physiologistes français.

D'autres vous diront les mérites scientifiques du savant dont nous avons le buste sous les yeux. J'ai voulu, nos familles étant unies depuis longtemps, ne parler que de ses sentiments généreux.

Sa vie fut toute de dévouement à une idée : il a constamment pensé et travaillé pour Uriage.

Les hommes qui ont été utiles aux autres, ceux qui ont travaillé pour la Patrie ou l'Humanité ne disparaissent pas en entier. Ils survivent dans la mémoire du peuple.

La gloire est le soleil des morts, une résurrection permanente. Il était juste, il était utile et nécessaire que le souvenir d'Adrien Doyon fût ainsi manifesté aux yeux de tous, à Uriage, comme une preuve durable de la reconnaissance publique.

DISCOURS

De **M. le Dr G. Thibierge,**

Médecin de l'hôpital Saint-Louis, Directeur des *Annales de Dermatologie*, Secrétaire du Comité de souscription.

MESDAMES, MESSIEURS,

Perfectionner sans cesse l'outillage thérapeutique de cette Station, dégager avec précision les indications auxquelles répondent ses Eaux, la faire connaître par ses publications, la rendre à la fois bienfaisante et célèbre à l'égal des Thermes les plus réputés, y attirer par sa notoriété, y guérir par ses soins assidus d'innombrables malades ; — faire progresser par ses recherches, par ses observations cliniques, la médecine et en particulier l'étude des maladies de la peau ; — se dévouer à une sorte de libre-échange scientifique en faisant connaître à l'étranger les découvertes des médecins français et en initiant ceux-ci aux travaux, aux doctrines des médecins étrangers : tels furent les multiples modes d'activité que dut se proposer Adrien Doyon lorsque, en 1858, il prit la résolution de se fixer à Uriage, aux portes de Grenoble sa ville natale ; tel fut le labeur considérable que, pendant tout un demi-siècle, œuvra sans arrêt, sans fatigue apparente cet inlassable travailleur.

C'est cette œuvre, à la fois une dans son but humanitaire et strictement scientifique, variée en apparence dans ses moyens, qui lui a valu, de tant de parts, en tant de milieux, en tant de pays, tant de reconnaissance. C'est parce que, en vaillant ouvrier, il s'y consacra sans relâche, que tous, Collaborateurs, Collègues, Confrères, Disciples, Patients reconnaissants, Amis et Parents, nous sommes aujourd'hui réunis.

C'est en pieux hommage de notre gratitude à tous que nous avons voulu, administrateurs, médecins et gens du monde, que, ici, en ce lieu qu'il anima de sa vaillante initiative, de son labeur persévérant, où il fit rayonner sa vigoureuse intelligence, qu'il dénonça comme un Site privilégié de cure et d'usinage thérapeutique, sa Mémoire fût honorée et ses traits fussent conservés.

Du rôle de Doyon comme Hydrologue, comme Clinicien, comme Pathologiste, il revient de droit à d'autres de vous entretenir. J'ai mission, parlant au nom de mes collègues du Comité des *Annales de Dermatologie,* de rappeler son œuvre de Vulgarisation scientifique.

Pour juger à son exacte valeur l'œuvre de vulgarisateur de Doyon, il faut s'abstraire de l'heure présente. Les générations actuelles sont, pour le plus grand bien de tous, averties de tout ce qui se fait et se passe à l'étranger dans la sphère de leur activité. Les relations internationales quotidiennes, le reportage quelque peu outrancier de notre époque font connaître au jour le jour, parfois même avec trop d'éclat et de hâte, toutes les découvertes scientifiques du monde entier. Les plus jeunes de nos élèves savent ce qui se fait aujourd'hui et ce qui a été découvert hier dans les Cliniques de Londres ou de Naples, dans les Laboratoires de Berlin ou de Vienne, voir même de Tokio ; ils connaissent la dernière technique opératoire des Chirurgiens de New-York et peuvent comparer les doctrines des Maîtres de Paris et de Lyon avec celles des Pathologistes de Francfort ou de Copenhague. La science est devenue internationale, pour la satisfaction des curieux, pour le profit des chercheurs, et souvent au grand bénéfice des malades.

Il n'en était pas de même vers 1860, lorsque Doyon entreprit ses premiers voyages en Allemagne.

Dans le champ de la Dermatologie deux Écoles régnaient : l'une à Paris, personnifiée par Bazin, l'autre à Vienne, gouvernée par Ferdinand Hebra. Leurs doctrines étaient opposées autant qu'il était possible, leurs enseignements thérapeutiques divergents à l'excès. Elles ignoraient tout, ou à peu près, l'une de l'autre. Leurs Chefs n'avaient nul souci de s'entendre, ni de se comprendre.

Des Maîtres de l'Antiquaille, en particulier de l'Observateur impeccable, du Pathologiste génial dont les assertions et les vues ne se sont jamais trouvées en défaut, — j'ai nommé Joseph Rollet, — Doyon avait reçu à Lyon une initiation dermatologique dérivée des doctrines

de Bazin. Poussé par une curiosité toute scientifique, il voulut connaître ce qui s'enseignait à l'étranger et, ayant connu les doctrines viennoises, pensa qu'elles valaient d'être comparées aux doctrines françaises. Rares étaient alors, même dans l'élite du corps médical, ceux qui pouvaient comprendre dans le texte original les œuvres des médecins allemands. Doyon résolut, en traduisant le traité magistral de Hebra, de mettre tous ses compatriotes à même d'apprécier les vues pathologiques et les conceptions thérapeutiques du Maître viennois, d'en discerner les formules heureuses comme les points faibles, de voir par où et comment la doctrine viennoise méritait de se substituer à la doctrine française ou de lui céder le pas.

Par lui, toute une génération médicale apprit que, hors de France, existait une École dermatologique de haute valeur et qu'il était urgent de profiter de ses enseignements en les adaptant à notre génie national.

Cette première traduction marque une date dans l'histoire de l'évotion médicale ; elle est à l'orée d'une transformation dans les habitudes de travail et de penser des médecins français.

Après le livre de Hebra, Doyon traduisit le traité des maladies du cœur de Friedeich, et, quelques années plus tard, les leçons du successeur de Hebra, Moritz Kaposi. Annotées par Ernest Besnier, deux éditions successives de cette dernière œuvre, devenues en fait un véritable traité austro-français de dermatologie, ont été comme le bréviaire dermatologique des médecins de ma génération. Puis ce furent les œuvres de Neisser, d'Auspitz, de Finger, d'Unna, un traité d'hydrologie de H. Parkes, classique en Angleterre, dont Doyon mit entre nos mains un texte français d'une exactitude toujours scrupuleuse.

S'il était audacieux et original de publier en 1868 le premier volume de la traduction du traité de Hebra, peut-être était-il plus téméraire encore de faire paraître cette même année le premier fascicule d'un périodique français exclusivement consacré à une branche spéciale de la médecine. Quelques tentatives faites précédemment avaient presque toutes échoué misérablement et n'en encourageaient guère de nouvelles : le *Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle,* fondé à Milan par Soresina, n'avait encore que deux ans d'existence ; personne, à l'apparition des *Annales de Dermatologie,* n'aurait pu présager quelle riche, peut-être même excessive floraison se produirait, en tous pays, de périodiques réservés aux diverses spécialités médicales.

Il a fallu à Doyon, pour remplir ici encore un rôle de précurseur et d'initiateur, une foi robuste dans l'utilité de sa tentative, dans le rôle qu'un semblable périodique pouvait jouer comme organe de vulgarisation internationale.

Ses relations personnelles avec le chef d'une grande maison d'édition médicale, esprit largement ouvert aux progrès scientifiques et aux

initiatives fécondes, Victor Masson, lui permirent de réaliser cette tentative. La collaboration des plus réputés spécialistes de Paris et de Lyon, auxquels il sut faire partager sa foi, s'affirma dès l'apparition du nouveau journal par la publication de travaux de premier ordre et y marqua pour toujours l'empreinte la plus hautement scientifique. La connaissance approfondie que Doyon avait des langues étrangères et sa prodigieuse activité lui permirent d'y faire connaître, par d'innombrables annalyses, les travaux spéciaux publiés en tous pays. Pendant quarante ans, Doyon resta le rédacteur fécond de ce journal ; le soir même de sa mort, il en corrigeait encore les épreuves.

Par ses traductions comme par la fondation des *Annales,* Doyon a plus que personne contribué à la diffusion de la science dermatologique; plus que personne, il a préludé et fait la voie à ce mouvement qui porte aujourd'hui les travailleurs de tous les pays à se connaître, à se comprendre, à se juger et à s'estimer lorsqu'ils sont sincères et animés vraiment de l'esprit scientifique.

Son œuvre de vulgarisation a, sans doute, eu pour point de départ une visée patriotique, le désir de fournir aux médecins, ses compatriotes, les moyens d'élargir le champ de leurs connaissances; elle a abouti à une œuvre d'intérêt international. Une fois de plus, Doyon a montré que, si l'homme a une Patrie, le savant sait, sans rien sacrifier de son culte et de son amour pour cette Patrie, contribuer au bien-être de l'Humanité toute entière et accepter la collaboration de tous les amis de l'Humanité, quels que soient leur race et leur langage.

Peu après la mort de Doyon, plusieurs de ses amis de Paris, de Lyon et d'Uriage se groupèrent pour préparer l'hommage auquel vous vous associez aujourd'hui.

L'un d'eux, mon vénéré Maître Ernest Besnier, est mort sans avoir vu réaliser son dessein; il était au premier rang des amis de Doyon, auquel l'unissaient une étroite collaboration, une intime communauté d'idées et de pensées, et dont le nom dans l'histoire de la dermatologie est inséparable du sien. Il convenait que sa mémoire fût aujourd'hui associée à celle de son fidèle ami et collaborateur.

Deux autres, par leur présence simultanée à la tête du Comité de souscription, en ont attesté le double caractère, à la fois médical et amical : le Pr Alfred Fournier, le maître respecté de la Dermatologie française, et M. Léon Bonnat, le maître de la Peinture française, le même qui a fixé sur l'admirable toile du Musée de Grenoble les traits de son cher Docteur.

Grâce au concours empressé de la Société des Eaux minérales d'Uriage, représentée dans le Comité par M. le Comte de Béjary, de nos savants et excellents confrères d'Uriage, grâce au dévouement sans borne de l'aimable Fermier général des Eaux, M. Buisson, grâce à l'inlassable activité de mon éminent ami, M. Pierre Masson qui, fidèle aux traditions

de sa famille, fut l'éditeur et l'ami de Doyon, grâce aux souscriptions qui nous sont venues de toutes parts, tant des amis et des médecins de France que des confrères étrangers les plus illustres, nous avons pu réaliser notre projet et élever à la mémoire d'Adrien Doyon, dans cette bourgade du Dauphiné qui fut sa petite patrie, un monument modeste, mais d'une haute signification morale, car il est l'hommage d'une gratitude non seulement française, mais véritablement internationale.

Un des Maîtres de la Sculpture française, M. Marqueste, a bien voulu, sur la demande de M. Bonnat, exécuter le buste qui surmonte ce monument; pour la bonne grâce avec laquelle il accepta la tâche toujours ingrate de reproduire des traits qu'il n'avait pas connus, il a droit aux remerciements que le Comité de souscription m'a chargé de lui exprimer aujourd'hui.

Son œuvre magistrale fait revivre, — et c'est là le seul, mais bien sincère éloge que puisse se permettre d'adresser à un maître tel que lui un profane comme moi, — fait revivre, dis-je, la physionomie à la fois robuste et calme de Doyon; on y retrouve son regard doux et ferme; on y sent la volonté agissante et réfléchie qui l'animait.

La gracieuse stèle, sur laquelle repose le buste de Doyon, véritable bijou du genre, qui la fait ressortir comme un élégant écrin met en valeur une belle pièce d'orfèvrerie, a été dessinée par un éminent architecte, M. Bernier, que j'ai le devoir et le plaisir de remercier de son aimable concours.

L'exécution de la stèle, la décoration florale qui entoure le monument font le plus grand honneur à M. Murienne, entrepreneur, et à M. Ginet, horticulteur, et révèlent, à ceux qui ne le connaissaient pas encore, la délicatesse du goût dauphinois.

A tous ceux qui, à des titres divers, nous ont prêté leur concours pour l'exécution du monument et l'organisation de cette cérémonie, je dis encore une fois : merci.

Mesdames et Messieurs, au nom du Comité de la souscription, au nom de tous les souscripteurs, j'ai l'honneur de remettre à la Société des Eaux minérales d'Uriage le monument élevé à la mémoire du Dr Adrien Doyon. J'ai confiance qu'elle vous sera reconnaissante à tous de cet hommage rendu au Médecin qui a le plus contribué à établir la renommée de cette Station et qu'elle sera fière du dépôt que lui donnent mission de conserver les Amis, les Collègues, les Confrères d'Adrien Doyon.

Elle pourra avec un légitime orgueil montrer son image à tous ceux qui viennent ici chercher la santé, car nul mieux que lui ne personnifiait au physique et au moral cette Race dauphinoise dont un Maître géographe a dit : « C'est un peuple de bonne souche, de rare énergie, d'intelligence vive, une race de forte trempe. »

DISCOURS

de **M. le Dr Balzer,**
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis, membre de l'Académie de Médecine,
Président de la Société française de dermatologie.

Mesdames, Messieurs,

Lorsque les médecins ont à célébrer la mémoire d'un de leurs confrères, il s'agit le plus souvent d'un homme qui a occupé une haute situation dans l'enseignement, soit à la Faculté, soit dans les hôpitaux. Aujourd'hui ce n'est pas une personnalité officielle que nous venons louer à l'occasion du monument qui lui est élevé, mais un simple praticien. Le Dr Doyon a été et a voulu être dans sa vie avant tout un médecin de ville d'eaux, le médecin d'Uriage, et c'est comme tel qu'il s'est acquis la haute et légitime réputation que nous consacrons à cette heure.

En effet, il éclate aux yeux de tous que la vie du Dr Doyon peut être proposée comme un modèle à ceux de nos confrères qui suivent la même carrière que lui. L'excellente direction qu'il a su donner à ses travaux a certainement dû frapper l'esprit de certains d'entre nous, car on pourrait citer plusieurs médecins hydrologues qui ont semblé s'inspirer des exemples que M. Doyon avait donnés et qui ont orienté leur vie médicale comme il avait orienté la sienne.

Laborieux et entreprenant, M. Doyon a compris de bonne heure que son actif tempérament ne se contenterait pas des occupations, si absorbantes qu'elles puissent être, que comporte la saison annuelle d'Uriage. De bonne heure il avait distingué les lacunes qui existaient dans l'organisation des études relatives aux maladies qu'il était chargé de combattre dans cette station et il avait recherché les moyens de les combler.

Le premier de ces moyens, à ses yeux, était de ne pas restreindre ses efforts à l'étude des travaux qui se produisent dans l'École Nationale, mais aussi de connaître et d'indiquer aux autres ce qui se fait d'important dans les Écoles étrangères : de là l'idée de la traduction du *Traité des Maladies de la peau* de Hebra, qui parut en 1868, et qui réveillait dans notre École dermatologique le goût de la comparaison et de la critique.

Mais M. Doyon tenait encore plus à ce que la pensée française fût accueillie avec faveur et même provoquée à se manifester : de là l'idée de la création des *Annales de dermatologie.*

On peut donc dire que c'est dans cette courte époque qui s'écoule

entre 1867 et 1869, que M. Doyon a vécu les années les plus caractéristiques de sa vie entière, celles qui ont réalisé d'emblée, pour ainsi dire, les idées directrices qui l'ont guidé pendant toute sa carrière de médecin et de savant. M. Doyon eût-il succombé après cet effort, que son nom n'aurait jamais été oublié, car l'intérêt de son initiative, heureusement comprise dès le début, a été plus que démontré dans la série des années qui ont succédé à la fondation des *Annales*.

Je ne ferai donc que mentionner le développement méthodique du programme indiqué par les premières œuvres de M. Doyon, les nombreuses et utiles traductions d'auteurs étrangers que nous lui devons et surtout son heureuse amitié avec les maîtres de la dermatologie contemporaine, Diday, Ernest Besnier et le Pr Fournier qui trouvèrent en lui un précieux collaborateur.

Les lectures incessantes que faisait M. Doyon lui avaient inspira le désir de connaître personnellement les dermatologues les plus célèbres. Il voyageait fréquemment à l'étranger pour s'entretenir avec eux, il allait partout visiter les cliniques et les laboratoires, en Suisse, en Italie, en Allemagne, en Autriche. Il rapportait de ces voyages des enseignements précieux et savait en faire profiter la médecine française. Et c'est ainsi que, tant qu'il en eut la force, M. Doyon, par ses lectures, par ses voyages, remplit le beau programme qu'il s'était tracé et grâce auquel il utilisa si fructueusement les loisirs que lui laissait sa situation de médecin hydrologue.

Ce n'est pas tout : M. Doyon trouvait encore le temps de s'occuper inlassablement des intérêts de la station d'Uriage. Né à Grenoble en 1827, M. Doyon en se fixant à Uriage s'était identifié avec son pays. Certainement, pendant qu'il se livrait à son labeur infatigable, on aurait toujours trouvé au fond de son cœur l'immense désir qu'il avait de faire profiter Uriage de ses efforts. Il suffisait de causer quelques instants avec lui de sa belle station, de l'entendre parler de ses eaux, de la beauté des sites, de l'utilité que tous les médecins avaient à la connaître dans l'intérêt de leurs malades. Aussi l'œuvre de M. Doyon contient-elle de nombreuses preuves de cette affection à la fois filiale et tutélaire, et la bibliographie des eaux d'Uriage a été enrichie par lui d'ouvrages qui seront toujours consultés avec fruit.

Je n'ai pas à m'étendre sur cette partie pourtant si intéressante de la carrière de M. Doyon ; ceux qui en ont été les témoins montreront les raisons de son grand succès de clientèle, ses talents spéciaux de praticien, son affabilité, son dévouement professionnel constant. Faut-il s'étonner après tout cela que la clientèle et les honneurs soient venus à lui et qu'il ait été successivement officier de la Légion d'honneur, membre correspondant, puis membre associé national de l'Académie de Médecine ?

Appelé aujourd'hui, comme Président de la Société française de

Dermatologie, à faire l'éloge de M. Doyon, je n'ai pas à m'étendre sur sa carrière de vulgarisateur. J'ai cependant le devoir de dire ce qu'il a été en tant que membre de notre Société. M. Doyon venait souvent à Paris, mais il y restait trop peu de temps pour participer très activement à nos séances, et il n'a pas pu davantage, à cause des époques de l'année où ils se tenaient, participer aux Congrès internationaux de Dermatologie. Mais ces œuvres diverses, et notamment la Société française de Dermatologie, étaient l'objet de son attention et de sa sympathie. C'était un ami dévoué de la Société et il a tenu à donner un témoignage de son affection à l'hôpital Saint-Louis en lui léguant sa bibliothèque.

Le souvenir de M. Doyon sera donc toujours cultivé parmi nous ; mais, moins heureux que les habitants d'Uriage, nous n'aurons pas la chance de conserver de lui une effigie aussi intéressante que celle qu'il nous est donné de contempler en ce moment. Aux médecins et à ceux qui fréquentent cette station, elle rappellera tout ce qu'un homme de bonne volonté peut tirer d'un moyen d'être utile aussi puissant que la profession médicale. C'est donc un jour de fête aujourd'hui qui nous rassemble pour saluer avec respect l'image d'un dévoué travailleur et consacrer sa mémoire sur le théâtre principal de sa vie laborieuse. Nous devons en remercier les organisateurs de cette cérémonie et à leur tête le Dr Thibierge, ainsi que nos confrères souscripteurs et les habitants d'Uriage. Ma dernière parole sera pour saluer les successeurs du Dr Doyon, car nous savons que tous ils partagent son amour passionné pour la science et la profession médicale et qu'ils soutiendront dignement après lui la prospérité et l'honneur de sa chère station d'Uriage.

DISCOURS

de M. le Dr Aubert,

Chirurgien-major honoraire de l'Antiquaille.

MESDAMES, MESSIEURS,

Les Drs Thibierge et Balzer vous ont exposé avec éloquence la belle carrière et les travaux du Dr Doyon. Représentant ici l'Antiquaille, je dois vous parler plus spécialement des débuts de Doyon et des éléments de formation scientifique qu'il trouva à Lyon entre l'année 1848 où il fut reçu le 20 novembre interne des hôpitaux et l'année 1858 où il vint s'établir à Uriage. Son nom, sur 14 élèves est, à coup sûr, le plus saillant de son concours, alors que les concours qui ont suivi devaient donner aux hôpitaux de Lyon plusieurs chefs de service, Berne, Gailleton et Delore en 1849, Dron en 1850 et Ollier en 1851.

A cette époque on était reçu à l'internat après deux ans d'études médicales; il faut donc faire remonter le début des études de Doyon à l'année scolaire 1846-1847. A partir de 1851 Doyon fut interne à l'Hôtel-Dieu, chez Barrier, Bouchet, Valette, Desgranges, Teissier, à la Charité chez Bouchacourt, enfin à l'Antiquaille chez Rodet d'avril en octobre 1853. Retenons cette dernière date. Baumes, le premier chirurgien de l'Antiquaille nommé au concours, si connu par ses travaux sur les dermatoses et les diathèses, avait fini son temps de service à la fin de 1842. Diday lui succéda, à la fin de 1848. Rodet vint ensuite et fut en exercice de 1855 à 1863. Doyon ne fut donc l'interne ni de Diday ni de Rollet. Diday, qui avait été interne de Dupuytren, célèbre entre autres mérites par son exactitude, se montrait surpris de l'*hyperexactitude* de Rodet, du temps et des soins qu'il consacrait à l'examen de ses malades, du souci de ses prescriptions. Doyon était donc là à bonne école. Du reste Diday avait continué à professer et Doyon suivait ses cours. Rollet, lorsqu'il prit possession de son service le 1er janvier 1855, ne tarda pas non plus à enseigner et Doyon qui préparait son concours de l'Antiquaille suivit naturellement cours et service.

La clinique de Rollet n'avait pas tardé à être le rendez-vous des syphiligraphes les plus réputés de la France et de l'Étranger. Ricord lui-même y venait le 10 février 1856. Il visita le service de Rollet, émerveillant l'assistance par la promptitude et la précision de son diagnostic. Le lendemain, sur la demande de Delore faite au nom de la jeunesse des écoles, il acceptait la proposition de Barrier de le remplacer dans sa chaire et tenait pendant deux heures l'auditoire sous le charme de sa parole.

Si j'évoque ces souvenirs, c'est pour rappeler dans quelle atmosphère de fièvre et de lutte s'agitaient sur les graves questions de pathologie générale alors à l'ordre du jour les Académies et les générations médicales de cette époque, et montrer quelle puissante empreinte devait en recevoir l'esprit jeune et ardent de Doyon.

Le 25 janvier 1858 Doyon concourait pour le majorat de l'Antiquaille avec Gailleton, Dron et Delore. Gailleton fut nommé et Doyon, qui avait encore six ans à attendre avant le prochain concours, alla s'installer à Uriage. Des raisons de famille et la proximité de son lieu de naissance, Grenoble, l'y attirèrent.

Là, Doyon resta en relation amicale avec ses maîtres d'autrefois, et de sa collaboration avec Diday résultèrent plusieurs ouvrages sur l'herpès, sur la thérapeutique des maladies de la peau, etc. Acquérant à Uriage l'expérience clinique et se perfectionnant dans l'étude de la langue allemande, Doyon utilisait les loisirs que laisse la médecine des eaux à voyager et à faire la connaissance personnelle du milieu dermatologique; il traduisait livres, brochures et articles de journaux. C'est ainsi qu'il nous a fait connaître les travaux de toute l'école allemande.

Pour la création de ses *Annales de Dermatologie,* il fallait à Doyon la pensée qui crée, la volonté qui maintient, et plus encore, l'atmosphère de sympathie qui groupe autour d'une œuvre de nombreux et éminents collaborateurs. Dès le début, cet appui fut acquis à Doyon et a toujours persisté ; il n'est pas de nom ayant quelque notoriété en dermatologie qui ne figure dans ces précieuses *Annales* singulièrement agrandies et développées aujourd'hui. La part qu'il y prend est considérable, je ne sais s'il en est un seul numéro où l'on ne retrouve quelque article de lui.

Le *Lyon médical* était fondé en 1869 et Doyon ne tardait pas à faire partie de son comité de rédaction qu'il présida plusieurs fois. A partir de 1894 il restait attaché à sa rédaction comme membre correspondant ; déjà avant, et plus encore après, si l'on y retrouve le nom de Doyon, c'est celui de son fils professeur de Physiologie à la Faculté de Médecine de Lyon. C'était on le voit une forte génération médicale que celle de cette époque qui avait l'amour de la médecine et savait l'inspirer à ses enfants, car à côté de Rodet et de Doyon il me faudrait citer Rollet dont le fils est professeur à la Faculté de Médecine et Delore père d'un chirurgien de nos hôpitaux.

Au temps où Doyon vivait, je pensais non sans quelque fierté que de l'École de médecine de Lyon étaient sortis deux des hommes qui honorent le plus la science hydrologique et dont la renommée est européenne, Glenard à Vichy et Doyon à Uriage.

La connaissance de la langue allemande était pour Doyon bien désintéressée ; elle lui servait à appliquer aux eaux d'Uriage avec la collaboration intelligente de M. de Saint-Ferriol les progrès matériels et la bonne organisation des eaux allemandes, elle consolidait sa réputation de dermatologiste et la vogue d'Uriage, elle lui servait peu comme accroissement de clientèle étrangère. Même au temps de Doyon, qui savait la langue et avait la connaissance personnelle des dermatologistes étrangers, je ne sache pas qu'il y ait eu à Uriage une clientèle allemande notable.

Doyon suivait avec un vif intérêt tous les progrès que l'évolution des diverses sciences apporte à l'hydrologie, la géologie, l'histoire naturelle, la chimie et la physique. Il avait vu tout près de lui, à Grenoble, Raoult formuler les lois qui portent son nom et qui sont applicables à ces solutions salines étendues que sont les eaux minérales, il avait vu les études sur les gaz rares émanés des eaux, Argon, Hélium, Néon ; la radio-activité n'a eu son plein épanouissement qu'après lui. Combien tout cela l'eût passionné.

J'ai eu maintes fois l'occasion de voir Doyon, soit lorsqu'il était mon voisin à Lyon, soit à Cannes où il passait ses hivers. Je le trouvais devant sa large table de travail encombrée de livres, de brochures, de manuscrits et de notes, et la conversation roulait sur les confrères

qu'il appréciait avec la plus exquise bienveillance, et sur les œuvres qu'il jugeait avec sagacité et compétence. Il m'est arrivé de le trouver aux prises avec un texte ardu dont il avait peine à déchiffrer le sens : les Allemands ne sont pas toujours clairs. Ceux qui avaient été en relations avec lui n'oubliaient pas la cordialité de son accueil.

Au milieu de ses occupations multiples il revenait toujours à ses études favorites, et on pouvait lui appliquer le « timeo virum unius libri » ; il fut bien l'homme d'une seule pensée, et cette pensée fut pour la dermatologie.

DISCOURS

de **M. le Dr F. Teulon-Valio,**
Médecin consultant à Uriage.

Mesdames, Messieurs,

Je dois aux anciennes et affectueuses relations qui unissaient nos deux familles l'honneur de prendre aujourd'hui la parole, au nom de mes confrères, pour dire quelle a été à Uriage l'œuvre de Doyon.

Pendant près de quarante années il a été l'ami de mon père, qui, à ses côtés, collaborait avec honneur à la tâche commune, sans que jamais le plus léger nuage vienne troubler l'union étroite de deux médecins, qu'une égale conscience et une probité professionnelle incomparable avaient rapprochés dans un même sentiment de confiance et d'estime.

Un jour vint, où mon Père, frappé par un mal inexorable, comprit que le meilleur des appuis allait manquer à son fils. L'amitié de Doyon devint alors, soudain, plus active encore et plus agissante. Il m'appela constamment avec lui au chevet de ses malades, il me prodigua sans compter des preuves nouvelles de sa confiance, donnant ainsi à son ami cette précieuse certitude qu'une aide puissante me venait, qui ne faillirait pas. Et l'aide qu'il m'apporta fut si fidèle et si féconde, qu'elle a survécu à lui-même.

C'est donc une lourde dette de reconnaissance que j'acquitte aujourd'hui envers lui.

La carrière médicale de Doyon fut une des plus belles qui se puisse voir. Elle se déroula tout entière dans cette charmante station d'Uriage, qu'il avait vu presque naître, et dont il pouvait, à juste titre, considérer l'étonnante prospérité comme son œuvre. Ses brillants succès, sa renommée mondiale, ne furent point pour Doyon le résultat d'un de ces coups heureux de la destinée qui élèvent d'un seul coup un médecin

au faîte de la réputation. Il les conquit de haute lutte, au prix d'un long et patient effort.

Ils furent la juste récompense, le légitime salaire d'un travail de chaque jour, mis au service d'une vaste intelligence.

C'était vraiment une belle et grande figure médicale, que celle de l'homme dont nous célébrons aujourd'hui la mémoire. La nature avait été prodigue pour Doyon, et l'avait comblé de dons exceptionnels, qui l'aidèrent dans sa tâche et rendirent sa route plus facile. L'époque même de sa naissance ne fut pas, sans doute, sans influence sur sa carrière. Cette heure était unique pour ceux qu'animait, comme lui, l'esprit de curiosité scientifique. La science venait de prendre un magnifique essor. Les travaux de l'immortel Pasteur allaient révéler aux hommes l'existence d'un monde nouveau, celui des infiniment petits. Les bornes des connaissances humaines s'élargissaient soudain. Les grandes découvertes étaient prochaines. La science apparaissait comme une religion nouvelle. Doyon s'y donna tout entier. Il acquit ainsi, dès les premiers pas, et conserva jusqu'à sa dernière heure cette qualité essentielle chez un médecin vraiment digne de ce nom, l'amour de sa profession, la foi dans sa haute mission. Et ce culte du devoir professionnel, il le poussa parfois, j'y reviendrai tout à l'heure, jusqu'à l'oubli de lui-même.

Tous ceux qui, au cours de sa longue carrière, ont eu l'honneur de le connaître et de l'approcher n'ont pas oublié cette intéressante silhouette de médecin. De grande taille, large d'épaules, portant haut la tête, Doyon donnait, tout d'abord, une impression de force et de vigueur. Le poids des années n'avait pu parvenir à courber son front. Son visage reflétait une âme droite et fière. Le front vaste, l'œil vif, derrière le binocle, le regard tour à tour voilé et assuré, la fermeté des lèvres minces, le menton volontaire, donnaient à sa physionomie, peut-être un peu sévère, une expression d'intelligence et d'énergie. Cette sévérité n'était qu'une apparence, car son accueil était simple et charmant, toujours plein de cordialité, et l'on était bien vite séduit et subjugué par cet esprit supérieur qui possédait des qualités tout à fait rares, faites à la fois de finesse et de puissance. Il imposait son empreinte par la force de sa parole, la sûreté de son jugement, la richesse de sa large culture intellectuelle. De caractère gai et enjoué, il eut cette rare fortune de savoir vieillir sans amertume et sans pessimisme.

Doyon estimait, avec raison, que les médecins s'honorent eux-mêmes en donnant entre eux l'exemple de la considération réciproque. Il observait avec la plus scrupuleuse conscience le respect des droits et la pratique des devoirs de la confraternité médicale.

Il professait une déontologie large et tolérante pour les autres, stricte et rigoureuse pour lui-même.

On a dit tout à l'heure quelle forte éducation professionnelle il avait acquise au contact des Maîtres de l'Ecole Lyonnaise. Esprit curieux, toujours en éveil, il ne cessa jamais d'accumuler durant toute sa vie de nouvelles connaissances : jusqu'à sa mort il fréquentait assidûment les hôpitaux et les cliniques, prenait des notes comme un simple étudiant, enrichissait sans relâche son patrimoine scientifique d'observations et de documents, se tenant constamment au courant des progrès obtenus dans toutes les branches de la médecine.

Une culture médicale si exceptionnelle ne pouvait donner dans la pratique que des résultats remarquables. Doyon fut, en effet, un praticien de la plus rare valeur. Ses confrères, qui, dans des circonstances difficiles, réclamaient de lui l'appui de sa haute compétence, gardent le souvenir de son sens clinique exceptionnel.

Une expérience de cinquante années faisait de lui un Maître de l'hydrologie française. Il connaissait merveilleusement nos Eaux minérales, si différentes dans leurs effets suivant leur mode d'application, et il excellait à diriger leur action thérapeutique. Il apporta aux propriétaires et aux administrateurs d'Uriage l'aide la plus éclairée pour l'organisation médicale de l'Etablissement thermal. Il fut le collaborateur de tous les instants du comte Louis de Saint-Ferriol, à qui nous devons aujourd'hui rendre hommage pour la si large part qui lui revient dans le développement de notre station.

Doyon était aimé de ses malades, qui, riches ou pauvres, trouvaient auprès de lui un inlassable dévouement, un rare désintéressement. Il savait trouver les paroles qui ranimaient leur courage, il exerçait sur eux une suggestion bienfaisante, qualité précieuse du médecin.

Il prenait le plus grand soin de cacher sa sensibilité et dissimulait, sous une apparente brusquerie, la plus extrême bonté. Il sut mériter la reconnaissance des humbles malades qui peuplent chaque année notre Hopital thermal, dont il était le médecin. Il était heureux de prodiguer aux pauvres les trésors de sa science, le réconfort de ses encouragements, donnant ainsi une nouvelle preuve de la bonté de son cœur et de l'élévation de son esprit.

Comme tous ceux dont le savoir est grand, Doyon professait une thérapeutique éclairée, mais extrêmement prudente. Il savait, mieux que tout autre, quelles lourdes responsabilités pèsent parfois sur la conscience d'un médecin et j'ai été bien souvent le témoin des préoccupations qui l'assaillaient quand le cas était grave. Il comptait alors pour rien ses soins et sa peine.

Nous avions, un jour, examiné ensemble, dans un hôtel éloigné de l'Etablissement Thermal, un enfant gravement atteint, nous avions longuement discuté la dose d'un médicament qui devait être donné à 4 heures du matin. Dans la nuit, Doyon songeant à son petit malade, estima que la dose était peut-être un peu trop élevée : ce vieillard de

80 ans, déjà atteint du mal qui devait l'emporter, se leva aussitôt, et, sous une pluie froide de septembre, se rendit au chevet de l'enfant pour donner des instructions nouvelles.

Cette prudence scrupuleuse, poussée à l'extrême quand il s'agissait de la santé des autres, il l'ignorait entièrement pour lui-même. A la fin de sa carrière, nous l'avons tous vu, au cours d'une fièvre grave ayant duré plusieurs semaines, malgré la plus extrême faiblesse, le cerveau seul restant intact, refuser de déserter son poste de devoir. Du matin au soir, assis à sa table de travail, se raidissant contre la souffrance, il continua stoïquement à recevoir ses malades, dispensant à tous ses soins et son dévouement. De tels exemples honorent notre profession.

Telle était la belle figure de médecin que j'ai essayé d'évoquer, bien imparfaitement, devant vous. On a dit tout à l'heure que l'importance de ses titres scientifiques ne le cédait en rien à ses qualités de praticien. Les ouvrages qu'il écrivit avec Diday, les traductions et les annotations qu'il publia en collaboration avec le Dr Besnier ou le Pr Spillmann, des œuvres des Maîtres étrangers, tels que Hebra, Kaposi, Auspitz, Finger, Weber; la fondation des *Annales de Dermatologie*, qui demeurent aujourd'hui le principal organe de cette spécialité, avaient fait de lui un des grands Dermatologistes français. La participation à cette cérémonie des médecins éminents qui honorent aujourd'hui la science dermatologique dit éloquemment de quelle considération il était entouré, parmi les Maîtres de notre célèbre Ecole de Saint-Louis.

La présence d'un homme d'une si exceptionnelle valeur à la tête d'une Station Thermale ne pouvait être que fertile en résultats. Un médecin distingué, le Dr Gerdy, avait, le premier, fait connaître par d'intéressantes publications la richesse et l'efficacité de nos Eaux. Mais il est juste d'attribuer à Doyon la part la plus féconde dans le développement de notre station. Son nom et celui d'Uriage étaient devenus indissolublement liés dans l'esprit des médecins du monde entier. La réputation de la ville d'Eaux grandit en même temps que sa renommée de savant et de praticien. Chacun de ses travaux, chacun des honneurs justement mérités qui vinrent à lui, jetèrent sur nos Thermes un lustre plus grand et une notoriété nouvelle. Dans son livre *Uriage et ses Eaux minérales* auquel il serait impossible d'ajouter aujourd'hui un chapitre, il avait fixé avec la plus scrupuleuse conscience les indications de nos Eaux; on savait quel crédit devait être accordé à l'homme dont on connaissait la haute probité scientifique et morale. Que de forces demeurent inutilisées pour n'avoir pas rencontré celui qui eût pu les étudier et les faire connaître. Notre Station eut l'heureuse fortune, alors qu'elle revenait au jour, d'avoir à sa tête celui dont l'effort soutenu pendant un demi-siècle devait la conduire au rang qu'elle occupe aujourd'hui parmi les Villes d'Eaux françaises.

Je termine, Messieurs. Doyon aimait passionnément Uriage pour

lequel il avait tant fait, qu'il avait vu grandir et prospérer ; il eut la douceur d'y terminer sa belle vie, chargé d'années, entouré du respect et de la reconnaissance de tous, dans l'intégrale possession de son activité cérébrale. De l'âge mûr à la vieillesse il ne connut pas le déclin.

Doyon était croyant, il pratiquait discrètement, mais avec conviction, prouvant une fois de plus que la Science et la Religion, ces deux grands domaines de la pensée humaine, sont accessibles aux mêmes esprits, suprême ressource pour ceux qui souffrent dans leur âme ou dans leur corps. J'imagine qu'il avait dû demander à la Providence, comme récompense de sa belle vie, qu'elle lui accordât une belle mort. Elle fut telle que ce grand lutteur eût pu la souhaiter. A son dernier jour, il avait reçu encore ses malades, montrant à tous un visage qui ne pouvait laisser prévoir une fin prochaine. Dans la nuit il m'appela auprès de lui. Il avait été pris soudainement de troubles cardiaques, dont il avait compris, aussitôt, l'extrême gravité. Réunissant ses forces défaillantes, il se fit conduire une dernière fois à son cabinet de médecin et s'assit à sa table de travail. C'est là qu'il voulait mourir. C'est là qu'il vit venir l'heure suprême ; mais il avait acquis le droit de la regarder sans faiblir. Il promena une dernière fois son regard sur les objets familiers qui avaient été, si longtemps, les témoins muets de son grand labeur, et il expira. Mort au champ d'honneur ! pourrais-je dire ; c'est la plus noble fin que puisse rêver un médecin ; champ d'honneur où il pouvait compter, avec orgueil, les victoires remportées sur la maladie et sur la souffrance.

Son fils, médecin lui aussi, qui continue si noblement les traditions paternelles, gardera comme moi pieusement, de cette heure, malgré les déchirements de son cœur, une impression ineffaçable de sérénité et de grandeur.

Tel fut le couronnement d'une belle existence qui peut être donnée en exemple à ceux qui entrent dans la carrière.

Au nom de mes confrères d'Uriage, au nom des médecins de ce beau Dauphiné, qui fut pour lui une petite patrie, j'apporte aujourd'hui à Doyon, l'hommage de notre admiration et de notre fidèle souvenir.

DISCOURS

De **M. Guichard,**
Maire de Saint-Martin-d'Uriage.

MESDAMES, MESSIEURS,

Je viens, au nom de la commune que j'ai l'honneur d'administrer,

exprimer ses profonds sentiments de reconnaissance envers l'homme éminent qui a consacré presque toute sa vie à la prospérité de la Station d'Uriage.

Le Dr Doyon, par son mérite professionnel, ses travaux et ses hautes relations, a fait connaître et fréquenter Uriage ; il est au premier rang de ceux qui ont établi sa renommée.

En rappelant très sommairement ce que le Dr Doyon a fait pour Uriage, je ne puis empêcher ma pensée de se reporter sur un autre homme qui a rendu de grands services à ce pays, le comte Louis de Saint-Ferriol, véritable créateur de l'Établissement Thermal d'Uriage. Héritier de la marquise de Gautheron, sa tante, il trouva l'œuvre à peine ébauchée, il y employa tout son temps et sut, grâce à son esprit d'initiative, à sa persévérance et à ses remarquables qualités d'organisateur, triompher de tous les obstacles et faire d'Uriage une station prospère et recherchée. Il eut, toutefois, la bonne fortune de rencontrer chez le Dr Doyon un collaborateur précieux et un ami dont les conseils éclairés lui furent des plus utiles, j'allais dire indispensables.

La commune conservera précieusement la mémoire de ces deux hommes qu'elle ne saurait séparer dans l'expression de ses sentiments de gratitude.

Louis de Saint-Ferriol et Doyon, c'est le passé d'Uriage, un passé de grand mérite, mais il me sera bien permis de dire que leurs continuateurs et tous ceux qui, à un titre quelconque, s'occupent actuellement des choses d'Uriage, loin de laisser péricliter leur œuvre, ont marché résolument dans la voie des améliorations et du progrès, préparant ainsi à la station un avenir que l'on peut entrevoir comme prochain et qui la trouvera encore plus grande et plus belle.

Je me permets d'adresser mes félicitations au Président et aux Membres du Comité d'organisation de ce beau monument, à l'artiste distingué, M. Marqueste, qui a si heureusement reproduit les traits du Dr Doyon et à tous ceux ayant contribué à l'érection de ce monument qui perpétuera le souvenir que nous honorons.

DISCOURS

de M. Buisson,

Fermier Général des Eaux d'Uriage.

Mesdames, Messieurs,

Ce n'est pas sans une réelle émotion que j'ose venir prendre la parole après la voix si autorisée des orateurs que vous venez d'en-

tendre ; mais j'éprouve une vraie joie d'avoir été choisi par le Comité pour parler ici au nom d'Uriage.

Tout ce qui peut être dit sur un homme tel que le Dr Doyon l'a été déjà en cette cérémonie, mais c'est ce que pense Uriage que je voudrais vous dire. La tâche est difficile et bien au-dessus de mes faibles moyens. C'est donc avec mon cœur que je dois, que je veux parler.

Celui dont nous honorons la mémoire ne pouvait avoir une place mieux choisie que celle-ci pour perpétuer son souvenir, car il ne compte que des amis dans ce pays auquel il a consacré sa vie tout entière.

Deux hommes se sont partagé le soin de faire Uriage tel que vous le voyez : M. le comte Louis de Saint-Ferriol et le Dr Doyon, et si leur œuvre, quoique ancienne déjà, a supporté allègrement le poids des ans, c'est qu'elle fut conçue et exécutée par deux esprits éclairés, deux véritables précurseurs unis dans une même pensée, qui surent admirablement se diviser la besogne ardue d'une telle création ; c'est ainsi qu'Uriage Thermal fut et est l'œuvre du Dr Doyon.

Sa mémoire nous est chère parce qu'il a consacré à la Station sa science indiscutable et indiscutée ; pour nous, Uriageois, il fit plus et mieux, il nous donna son cœur.

Voyez-nous tous autour de ce monument et vous jugerez si ce que je vous dis n'est pas l'exacte vérité. Nous étions sa grande famille d'Uriage ; nul parmi nous ne pouvait avoir un ennui, une maladie sans que notre cher Docteur le sache et vienne nous apporter le secours de sa grande science et de son amitié.

Sa porte était ouverte à nous tous et, dès qu'une souffrance lui était indiquée, il quittait tout pour apporter ses soins.

Le remercier, il n'y fallait pas songer. « Pourquoi, nous disait-il : je ne fais que mon devoir. Vous n'avez pas le temps d'être malades ; à moi donc de vous soulager, si je le puis. »

Voilà l'homme dont nous chérissons la mémoire. Bon aux humbles, compatissant aux malheureux et qui, sous un aspect rude, cachait un cœur d'or. Oui, cachait et si bien que nul ne connaissait son œuvre philantropique, si ce n'est les pauvres.

Combien sont rares ceux qui ont su avec quelle joie il créait la Caisse des indigents, qui, aujourd'hui, permet de continuer son œuvre d'assistance.

Le savais-je moi-même ? Non, et il a fallu qu'un jour je sois le fermier d'Uriage pour que je l'apprenne en en devenant le gardien.

Oui, Cher Regretté ; si, par delà la vie, vous pouvez voir Uriage, vous devez être heureux, car vous n'avez laissé parmi nous que des amis qui honorent votre mémoire.

Et quand, au début de ces paroles, je disais éprouver une vraie joie à avoir été choisi pour parler au nom d'Uriage, c'est que, moi aussi, je

suis son œuvre. C'est lui, qui du modeste locataire a fait le fermier de cette station ; lui encore qui, sans que je le sache, était le trait d'union entre la Société d'Uriage et moi. Mais la mort est venue qui a fermé pour toujours ces yeux clairvoyants, qui a anéanti cette vaste intelligence et je me suis trouvé seul et isolé dans cette station dont il était l'âme.

Je n'ai donc pu faire ce qu'il voulait et qui eût été accompli, lui présent. Mais son œuvre est de celles qui survivent et d'autres plus heureux la mettront certainement à exécution.

Je vous ai dit, Mesdames, Messieurs, ce que tous les Uriageois pensent, j'ai dit ce que je pense moi-même, et je termine en vous remerciant tous de nous donner la garde de ce monument.

Le Dr Doyon est ici chez lui au milieu des siens, nous sommes fiers de l'honneur que vous nous faites et nous en serons dignes toujours.

NOUVELLES

Une bourse de voyage pour l'étude de la Dermatologie vient d'être fondée par Mrs Radcliffe-Crocker à la mémoire de son mari, le Dr H. Radcliffe-Crocker, premier président de la section de Dermatologie de la Société Royale de Médecine de Londres. A cet effet une somme de 37 500 francs a été placée entre les mains du comité de University College Hospital, dont le Dr Radcliffe-Crocker a été médecin pendant 30 ans. La bourse de voyage sera attribuée une fois tous les 5 ans à la discrétion du Comité et comportera en même temps une médaille d'or.

S'adresser pour renseignements détaillés au Dr Pernet, 20, Devonshire Place W., Londres.

Le Gérant : Pierre Auger.

CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT.



TRAVAUX ORIGINAUX

LA RADIODERMITE ULCÉREUSE ET SES LÉSIONS HISTOLOGIQUES

A PROPOS D'UN CAS D'ULCÈRE RADIODERMIQUE RÉCIDIVANT EXTRAORDINAIREMENT TARDIF

Par **J. Darier.**

(AVEC QUATRE FIGURES DANS LE TEXTE)

Il est classique de diviser les accidents cutanés dus aux rayons X, ou radiodermites, en deux catégories : radiodermites professionnelles et radiodermites opératoires ; ces dénominations sont plus exactes que celles de radiodermites chroniques et radiodermites aiguës, car si l'évolution des accidents chez les radiologistes est nécessairement chronique, chez les opérés aussi elle peut être d'une lenteur extrême et d'une durée très longue.

On rencontre de nos jours couramment, à l'hôpital ou en ville, des malades porteurs d'une ou plusieurs de ces plaques ou cicatrices disgracieuses, fort laides, horribles même, que leurs caractères si spéciaux permettent à première vue de rapporter à des manœuvres radiologiques. Au cours des premières années qui ont suivi la découverte de Rœntgen, laquelle est de 1896, la radioscopie et la radiographie et les premiers essais de radiothérapie ont causé d'innombrables accidents de ce genre ; ils ont pu être, jusqu'à un certain point, excusables par l'ignorance où l'on était alors du danger des rayons X. Ils le sont infiniment moins depuis que les physiciens et médecins ont été instruits de ce danger, et depuis qu'ils ont à leur disposition une instrumentation meilleure et des appareils de mesure et de dosage lesquels, quoique encore imparfaits, donnent cependant une sécurité relative. Il y a cependant deux circonstances dans lesquelles on assiste encore, et on assistera sans doute longtemps, à la production de radiodermites ; c'est d'une part lorsque, en vue de traiter une affection très grave, on a sciemment dépassé la dose prudente ; c'est d'autre part lorsque le malade dissimule volontairement au médecin les séances de radioscopie ou de radiothérapie qu'il vient de subir récemment et que, faussement renseigné par lui, on le soumet de nouveau à des irradiations.

On s'est demandé quelles étaient les conditions dans lesquelles les rayons sont particulièrement nocifs pour la peau. Les uns ont accusé les séances longues, d'autres les doses fractionnées trop répétées ou données à intervalles trop rapprochés, ou la qualité des rayons, ou même la distance insuffisante entre l'anticathode et la peau, etc. On a invoqué aussi une sensibilité spéciale de certains sujets, une idiosyncrasie, qui est bien douteuse.

Le fait qui est certain c'est que lorsque la quantité de rayons X qui est *absorbée* par la peau dépasse une certaine dose, qui est la dose tolérée, les accidents apparaissent ; il y a à la vérité une certaine difficulté à connaître la dose de rayons, filtrés ou non, qui est réellement absorbée par chaque couche des téguments.

Ces accidents, comme on le sait, ne surviennent qu'après une période de latence de 10 à 18 jours, et parfois plus tardivement encore, après bien des mois. On en connaît toute une gamme, depuis l'érythème plus ou moins fugace, la pigmentation, la desquamation, la phlycténisation, jusqu'à l'ulcération et la gangrène ; une fois né, et s'accompagnant de prurit intense ou de douleurs parfois très vives, le processus dure ou progresse avec une grande lenteur et une persistance incroyable. Son aboutissant commun est précisément cette plaque de radiodermite dont je parlais au début, plaque scléreuse, plus ou moins lisse ou ondulée, d'aspect cicatricielle, blanche, jaunâtre ou pigmentée, se couvrant peu à peu d'arborisations vasculaires ou télangiectasies, quelquefois d'hyperkératose (1).

Il n'est pas rare que ces plaques présentent une apparence différente à leur centre et à leur périphérie ; le fait s'explique aisément par une loi physique, la loi de Lambert. Le centre de la région irradiée étant à la fois plus rapproché de l'ampoule et recevant des rayons dirigés normalement, a été beaucoup plus fortement impressionné que ses bords, plus éloignés et atteints obliquement par les irradiations. C'est donc au centre que les lésions sont maximales. Il n'en est pas de même dans les plaques de « radiumdermites » d'une certaine étendue, qui se distinguent d'emblée par leur aspect bigarré, résultant de la multiplicité des points d'application de la petite surface radifère.

L'observation que je vais rapporter a trait à un cas de radiodermite qui à certains égards est absolument classique et typique. Il l'est par son étiologie, la malade ayant subi un nombre invraisemblable de séances de radiothérapie ; il l'est aussi par l'aspect objectif des lésions, où l'on pouvait, autour d'une ulcération gangreneuse centrale, distinguer trois zones d'altérations décroissantes. Mais ce cas est extraordinaire et instructif par la lenteur de l'apparition des lésions premières,

(1) Je ne parle pas ici du cancer, complication possible mais exceptionnelle des radiodermites graves, et qu'à ma connaissance on n'a observée que chez les radiologues.

et par leur évolution extrêmement prolongée qui s'est faite en trois étapes et s'est étendue sur une période de près de douze années. Il démontre combien il est vrai que, dans une plaque de radiodermite qui paraît cicatrisée et éteinte, le processus morbide n'est pas arrêté ; on savait que sa couleur et sa consistance peuvent se modifier avec le temps, que les télangiectasies qui la recouvrent peuvent changer de configuration ; qu'elle est plus vulnérable qu'une cicatrice ordinaire vis-à-vis des agents nocifs mécaniques, physiques et chimiques ; en un mot qu'une plaque de ce genre est douée d'une vitalité anormale et toute spéciale ; on a pu dire que le feu y couve sous la cendre.

On verra que dans une plaque de radiodermite, des plus anciennes que l'on puisse rencontrer, il y a des lésions histologiques, que je vais décrire et figurer, et qui expliquent ces particularités ; elles sont en effet très analogues à celles que les auteurs ont décrites dans les radiodermites relativement récentes. Le fait m'a paru mériter d'être signalé avec quelques détails.

Observation. — Mme M. Mar..., âgée de 49 ans, couturière, est entrée dans mon service le 25 octobre 1911, salle Biett, n° 15, pour une ulcération récente de la région mammaire gauche.

Histoire de la maladie. — On ne relève chez elle comme antécédents qu'une fausse couche à l'âge de 19 ans et une « pleurésie sèche » à 27 ans qui n'a pas laissé de traces. Pas de syphilis avérée ; pas de tuberculose cliniquement perceptible. Assez nerveuse, elle souffrait parfois de maux de tête ou de névralgies.

Il y a 12 ans, en 1899, la malade ressentit quelques élancements dans son sein gauche qu'elle attribua à un coup reçu plusieurs années auparavant. Elle consulta un médecin des environs de la place Saint-Michel qui constata, paraît-il, une petite tumeur dont elle-même ne s'est d'ailleurs jamais aperçue et dont elle ne peut affirmer l'existence réelle. Elle se soumit alors, entre les mains de ce médecin, à une série prolongée de séances de rayons X, dont le dosage lui est inconnu mais qui duraient généralement 15 minutes et se poursuivirent pendant 4 mois, à raison de deux séances par semaine pendant trois mois, puis d'une par semaine pendant un mois ; le nombre total des irradiations a donc été de plus de 30 séances ; *la dernière a eu lieu en décembre 1899.*

Les douleurs persistèrent, ou tout au moins ne furent atténuées que passagèrement ; mais au cours du traitement il ne se produisit aucune rougeur locale. Ce n'est que pendant les mois suivants qu'apparurent une pigmentation de la région traitée, puis quelques démangeaisons. En mai ou juin 1900, soit *5 à 6 mois après la dernière séance,* survint une desquamation superficielle, en larges lambeaux minces, sur la portion de peau plus directement frappée par les rayons. Dès lors des lésions plus profondes et plus graves se sont développées progressivement mais assez rapidement et la malade vint consulter à l'hôpital Saint-Louis où elle fut admise dans le service du Pr Fournier le 26 janvier 1901.

Fort heureusement on en prit un moulage (Musée de l'hôpital Saint-Louis,

n° 2145) que je reproduis ici (fig. 1) et le cas fut présenté, à trois reprises, à la Sociéte de Dermatologie (1); de telle sorte les bulletins de la Société m'ont permis de préciser et de compléter la présente observation.

A la séance du 7 février 1901, mon ami regretté Barthélemy, auquel le Pr Fournier avait confié l'étude de cette radiodermite, la décrit en résumé comme suit : Il s'agit d'une plaque de « sclérodermisation » des téguments, qui sont épaissis, lardacés, blancs sur une grande étendue, mais tachetés

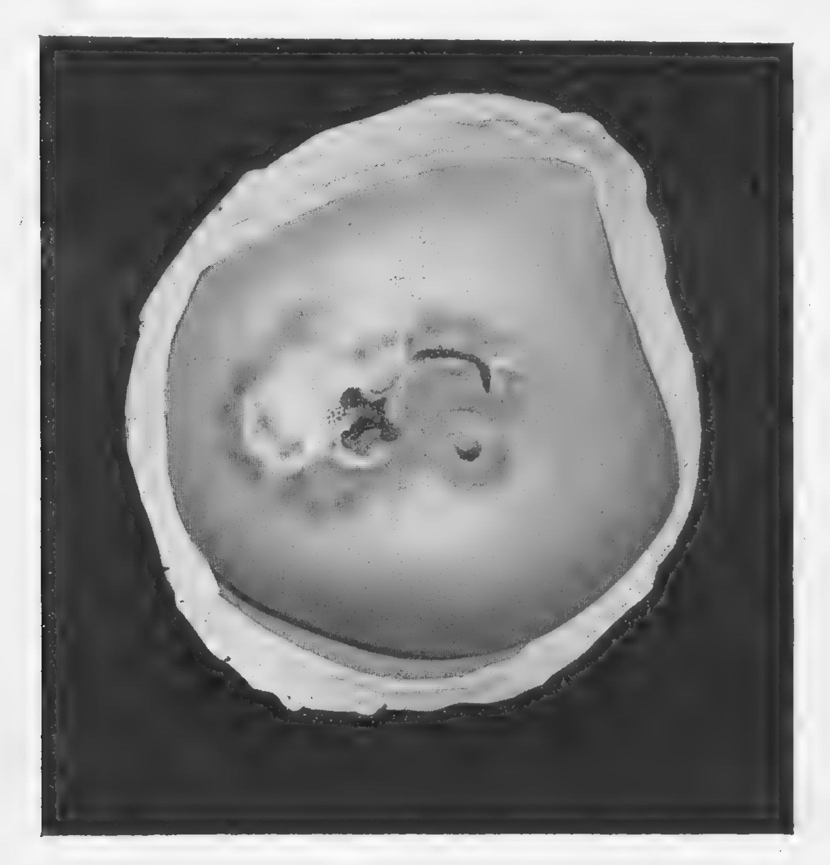


Fig. 1. — *Radiodermite ulcéro-gangreneuse.* État des lésions le 28 janvier 1901 (Photographie, légèrement retouchée, du moulage n° 2145 du musée de l'hôpital Saint-Louis).

çà et là de zones rouges ou violacées, soit par suffusion purpurique, soit par hypervascularisation ; cette plaque lisse et lardacée n'a pas succédé à une ulcération quelconque. Un peu plus loin il y a de la rougeur, de la desquamation, des croûtes et des pertes de substance. La lésion est assez douloureuse ; il y a de l'hyperesthésie en certains points, mais nulle part de l'anesthésie ; dans la plus grande partie la sensibilité est normale. L'auteur insiste sur l'étendue remarquable de la zone sclérodermisée, blanche, lisse,

(1) Voir *Bulletins de la Société française de Dermatologie* 1901 : Barthélemy, p. 89 et 440, — Du Castel, p. 120.

souple, élastique, résistante, au niveau de laquelle, comme à la surface d'une cicatrice, le derme est épaissi et privé des glandes et des cellules [? follicules] habituelles. D'autre part il attire l'attention sur la lenteur et l'insidiosité du processus ; la lésion n'a apparu que cinq mois après la dernière séance, s'est constituée assez rapidement, mais affecte dès lors une tendance à la fixité et s'immobilise dans le statu quo. Elle est ici, comme toujours, plus accentuée dans un point central qui a correspondu au foyer de la radiation. Sur le moulage on constate la présence de deux escarres, l'une étoilée, et l'autre allongée transversalement. Barthélemy pense que la guérison sera lente à obtenir, que la cicatrisation réclamera trois mois au moins.

A la séance suivante, le 7 mars, la même malade fut présentée par Du Castel : Les escarres se sont détachées et sont remplacées par des ulcérations d'un peu plus d'un millimètre de profondeur. L'ulcération de droite est plus étendue que l'escarre constatée il y a un mois ; elle semble avoir envahi à droite et en haut le tissu scléreux qui existait à ce niveau. Les plaques blanches anémiées de la périphérie sont très réduites et remplacées par des zones rouges.

Le 7 novembre 1901 Barthélemy fait constater à la Société les modifications qui sont survenues : « L'ulcération est guérie et les zones blanches lardacées ont repris leur coloration normale et la circulation physiologique. Mais le derme du sein reste toujours remarquablement dur et épaissi et donne la sensation d'une véritable cuirasse, s'étendant bien au delà de la petite cicatrice centrale et ayant l'étendue de la main. En même temps on constate la présence à la périphérie d'une véritable télangiectasie, disposée en petites sinuosités tout autour du sein. » L'auteur exprime la pensée que cette sorte de sclérodermie artificielle, véritable trouble trophique, n'est nullement progressive et restera vraisemblablement définitive. On verra qu'en réalité le processus n'était pas éteint et immobilisé.

A la suite de son séjour et de ses consultations à l'hôpital Saint-Louis, la malade a continué sans cesse à faire sur sa plaque de radiodermite des onctions avec une pommade blanche à l'oxyde de zinc. Jamais elle n'a fait d'autre traitement ; jamais notamment elle n'a subi, depuis décembre 1899, aucune séance de radiothérapie, ni de radiumthérapie, ni de traitement électrique d'aucune sorte. Ce fait étant d'importance capitale, en présence de la rechute que nous constations, j'ai cherché à l'établir aussi solidement que possible. Interrogée à maintes reprises, sollicitée de bien scruter ses souvenirs pour établir, le cas échéant, des responsabilités intéressantes, notre malade a toujours maintenu ses dénégations les plus catégoriques. « Elle se serait bien gardée de laisser toucher à sa plaque », m'a-t-elle dit.

Malgré cette absence d'intervention nouvelle, sans aucun traumatisme, sans cause occasionnelle quelconque, elle a vu au mois de juillet 1911, c'est-à-dire il y a 3 mois, *11 ans et 7 mois après la dernière séance,* apparaître au-dessus de son mamelon rétracté une gerçure, qui s'est agrandie et a donné peu à peu naissance à l'ulcération que nous avons sous nos yeux.

État actuel. — Il s'agit d'une femme grande, vigoureuse, jouissant d'un certain embonpoint et dont les seins sont bien développés, mais un peu

tombants ; en dehors de la région malade, sa peau est fine, blanche et absolument normale.

La lésion consiste en un placard d'apparence plus ou moins cicatricielle, de coloration marbrée de blanc, de rose, de taches pigmentaires brunes et de télangiectasies serpentines, au centre duquel se voit une ulcération peu



Fig. 2. — *Radiodermite ulcéreuse* (Même malade que fig. 1). État des lésions le 6 novembre 1911 (Photographie d'après nature, sans retouches, prise une semaine après la biopsie).

profonde (fig. 2) ; ces caractères mettent d'emblée hors de doute, et sans qu'il soit besoin de renseignements, qu'on se trouve en présence d'une radiodermite.

Quoique les contours du placard ne soient pas très nettement limités, on peut cependant lui reconnaître une forme quadrilatère avec un prolongement supéro-externe, une largeur de 15 à 16 centimètres, une hauteur de

12 à 13 centimètres Il occupe la partie supérieure du sein gauche et s'étend, en travers, du bord antérieur de l'aisselle gauche jusque tout près de la ligne médiane en avant du sternum, et en hauteur, de la 2e côte jusqu'à deux travers de doigt au-dessous du mamelon.

L'ulcération, située à peu près au centre de figure de la plaque, est à un travers de doigt environ au-dessus du mamelon. Ce dernier est du reste complètement rétracté et l'aréole, tout à fait irrégulière, ne peut pas être nettement délimitée. (Du côté opposé le mamelon est saillant et l'aréole est bien dessinée.)

Si l'on analyse les altérations qui constituent le placard de radiodermite, on reconnaît sans peine que l'intensité des modifications de la peau et leur profondeur va en croissant à mesure que de ses bords extrêmes on se rapproche de l'ulcération centrale. On peut à cet égard distinguer 3 zones (fig. 3) qui, bien que nettement différentes d'aspect, ne sont cependant pas séparées par une limite franche; la transition entre les deux premières est même tout à fait graduelle.

1° La zone périphérique, dont le bord extrême est un peu diffus, mesure de 2 à 5 centimètres de largeur; vers le bord antérieur de l'aisselle, elle s'étend même sur 8 centimètres. La peau y est lisse, glabre, d'une couleur blanc pur sans mélange de jaune, et parcourue par d'innombrables télangiectasies ramifiées, de couleur rouge sombre, qui s'effacent sous la pression du doigt; elle est tendue et indurée, dans une épaisseur qu'on peut évaluer à 6 à 8 millimètres et ne peut pas être plissée entre les doigts, sauf à la limite même de la peau saine. C'est donc une *zone de sclérose blanche avec télangiectasies.*

2° La deuxième zone, large de 3 centimètres en dedans et en bas, moins large en haut et en dehors, est caractérisée par une surface onduleuse et squameuse, et une coloration bigarrée, d'un jaune terne, de vieux lard, parsemée de taches pigmentaires brunes, très irrégulières de forme et de grandeur, ainsi que de quelques rares télangiectasies. Ces dernières sont infiniment moins abondantes que dans la première zone; on ne trouve pas de taches hémorragiques comme dans la troisième. Les squames, assez adhérentes, peuvent cependant être détachées en petites lamelles de 2 ou 3 millimètres de côté et souvent elles sont pigmentées, d'une couleur de fumée. Le tégument est d'une dureté fibreuse dans une épaisseur qui atteint et dépasse peut-être un centimètre. Cette deuxième *zone* est donc *lardacée avec taches pigmentaires.*

3° La troisième zone, large d'un centimètre en moyenne, borde l'ulcération; sa surface est légèrement bosselée; sa consistance est très dure, ligneuse, sur une épaisseur d'un centimètre et demi au moins; sa couleur est d'un rose sombre avec des taches violacées qui sont soit des taches hémorragiques, soit des lacs de télangiectasies; mais les taches pigmentaires font défaut. C'est en somme une *zone franchement cicatricielle,* qui certainement ne répond pas par son siège, sa configuration et ses dimensions aux ulcérations de 1901 (fig. 1); c'est aux dépens de cette zone que s'est creusé l'ulcère. Elle atteint, déforme et efface en grande partie l'aréole du mamelon.

4° L'*ulcère* a en gros une configuration ovalaire à grand axe transversal;

sa largeur est de 30 millimètres, sur 18 de hauteur. Son contour est sinueux, festonné; on y remarque notamment un promontoire de 5 millimètres partant du milieu de son bord supérieur. Ses bords sont nets, et, suivant les points, tantôt en pente douce, tantôt légèrement renflés, sans bourrelet véritable. A droite du promontoire, dans la moitié interne de

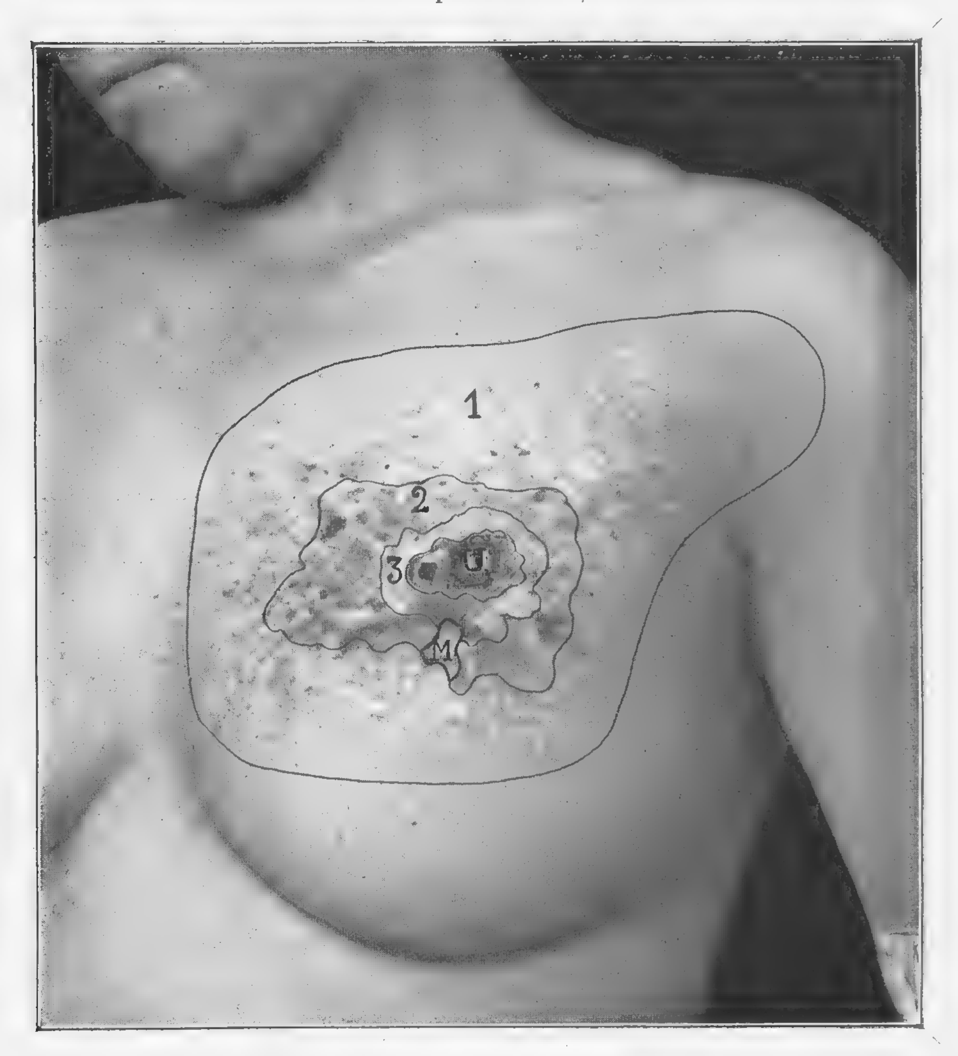


Fig. 3. — Les 3 zones du placard de radiodermite de la fig. 2 (Même photographie, retouchée). — 1, zone de sclérose blanche avec télangiectasies ; — 2, zone lardacée avec taches pigmentaires ; — 3, zone cicatricielle ; — U, ulcère ; — M, mamelon rétracté.

l'ulcère, son fond est déprimé d'un millimètre et demi, de couleur blanc crème, et paraît recouvert d'une fausse membrane. En réalité ce fond est fibreux, très dur à la pince qui ne peut rien saisir, et tout à fait insensible ; on n'y aperçoit aucun vaisseau sanguin et seulement un unique bourgeon charnu rose, du volume d'un petit pois. La moitié gauche de l'ulcère est occupée par une escarre brun noirâtre, d'une épaisseur apparente d'un

millimètre et demi, séparée du bord de l'ulcère par un fin sillon. L'ulcère semble relativement torpide et sec ; et pourtant chaque matin on trouve le pansement souillé d'une sécrétion séro-purulente assez abondante.

Les 3 zones que je viens de décrire et l'ulcère central, en raison du degré croissant de désorganisation des tissus qui les caractérise, correspondent évidemment à une intensité croissante de l'agent nocif, en l'espèce des rayons X.

Dans l'aisselle gauche on constate l'existence d'un gros ganglion dur et mobile, qui, au dire de la malade, existerait depuis 11 ou 12 ans, dès l'époque des séances de radiothérapie, quoiqu'il ne soit pas signalé dans l'observation de Barthélemy. Mais, malgré la plus grande attention, le palper ne révèle aucune tumeur ou induration de la glande mammaire ; il est vrai que l'épaisse cuirasse d'induration du tégument rend cette exploration très incertaine. Il n'y a aucune adénopathie dans les autres régions du corps.

Les douleurs spontanées que ressent la malade sont assez vives, continues plutôt que lancinantes, et irradient dans le membre supérieur du même côté. Ces souffrances persistantes, pour démoralisantes qu'elles soient, n'empêchent cependant pas le sommeil et ne sont pas, dans ce cas, comme il arrive d'autres fois, assez intenses pour faire réclamer à tout prix une intervention ou des analgésiques. Au toucher et à l'exploration la sensibilité des lésions m'a paru à peu près normale ; il n'y a ni anesthésie ni hyperesthésie ; je rappelle que le fond de l'ulcère est insensible.

Le *diagnostic* de radiodermite avec ulcère radiodermique s'imposait littéralement de par l'aspect caractéristique des lésions, et l'anamnèse est venue le confirmer absolument.

Le seul point surprenant était la réapparition tout à fait spontanée de l'ulcération et des douleurs après un laps de *plus de onze années* ! Cette circonstance seule m'a conduit à penser qu'un fait nouveau avait peut-être pu se produire et, dans l'espèce, ce fait aurait pu être l'apparition d'un épithélioma dans le tissu cicatriciel.

J'ai eu l'occasion autrefois (1) de signaler que certaines ulcérations radiodermiques peuvent prendre le masque de l'épithéliome à tel point qu'une biopsie est nécessaire pour reconnaître l'absence de toute néoplasie épithéliale maligne. L'inverse peut être vrai également.

J'ai donc biopsié un point de la bordure de l'ulcère du cas actuel et choisi pour cela le petit promontoire partant de son bord supérieur que j'ai signalé. Je décrirai longuement plus bas les lésions que j'ai constatées ; notons pour le moment que l'absence de tout épithéliome a été mise absolument hors de doute.

L'*évolution* des lésions constatées à l'entrée de la malade, d'abord progressive puis régressive, s'est faite spontanément, sans que j'aie eu l'impression que notre thérapeutique ait eu une efficacité quelconque. La petite plaie biopsique a pris le même aspect que le fond de l'ulcère : l'escarre s'est détachée par petits fragments mêlés à la sécrétion ; tout l'ulcère a pris un fond blanc ponctué de quelques bourgeons charnus grisâtres. Les premières

(1) J. Darier, *Annales de dermatologie*, 1905, p. 962.

semaines il s'est un peu agrandi. *Il était donc en voie d'accroissement au moment de ma biopsie.* Nous avons vu également deux autres ulcérations beaucoup plus petites se former sous nos yeux ; l'une, de forme triangulaire, située au-dessous et en dehors de la principale, à gauche du mamelon, a atteint en 12 ou 15 jours les dimensions d'un gros haricot ; l'autre, lenticulaire, a apparu un mois plus tard, un demi-centimètre plus bas. Toutes deux se sont creusées au dépens du tissu cicatriciel qui constitue la 3e zone et, en apparence, par un mécanisme de fonte moléculaire ; leurs bords sont en pente douce et leur fond marbré de gris et de rose. La plaque de radiodermite n'a subi en deux mois et demi aucune modification apparente.

Le *traitement* a consisté en pansements humides à l'eau bouillie chaude, en applications de pâte de zinc, d'ulcérine et de pommades au dermatol, sans aucun bénéfice. Les meilleurs effets ont été produits par des applications de poudre de dermatol mitigée, avec lavages rares à l'eau bouillie ; les ulcères ont fini par se déterger, mais n'étaient pas cicatrisés du tout lors de la sortie de la malade, fin décembre 1911.

Le 8 janvier 1912 nous avons revu la malade et trouvé l'ulcère principal avec un fond couvert de bourgeons charnus roses et des bords en pente douce d'un blanc crème, légèrement renflés en ourlet, sans zone inflammatoire au pourtour. Les deux ulcérations mineures, qui avaient conflué, sont épidermisées. La surface de la plaque de radiodermite est nette de squames, mais les taches pigmentaires de la 3e zone et les télangiectasies persistent sans modification. Depuis lors la malade a quitté Paris.

Examen histologique. — Sur des coupes transversales du promontoire qui s'avançait dans l'ulcère, on trouve à chaque extrémité un bord de cet ulcère ; comme celui-ci était en voie d'accroissement au moment où nous avons fait la biopsie, ainsi que l'observation clinique l'a nettement démontré, on a donc sous les yeux les lésions préalables à l'ulcération et on peut en apprécier le mode de formation.

Les lésions qu'on observe sur ces coupes diffèrent sensiblement selon qu'on les étudie à une certaine distance du bord de l'ulcération, ou dans son voisinage immédiat. La figure ci-jointe (fig. 4) en fait foi.

A distance (région A) l'épiderme est hypertrophié dans toutes ses couches. La couche cornée est hyperkératosique et fortement clivée dans ses assises extérieures, plus cohérente à sa base. La couche granuleuse se compose de 8 à 12 rangées de cellules très riches en kératohyaline. La couche malpighienne est d'épaisseur accrue, mais normalement constituée, sans cellules migratrices ; les mitoses sont nombreuses dans sa première rangée. Les papilles sont volumineuses et irrégulières. Le corps papillaire est œdémateux, infiltré de cellules, d'ailleurs modérément abondantes, qui sont des cellules conjonctives, des lymphocytes, quelques belles plasmazellen et mastzellen ; mais les polynucléaires font défaut. Il s'agit donc dans cette région d'une réaction proliférative tout à fait subaiguë.

Plus près de l'ulcération (en B et C) les lésions sont fort accentuées et d'ordre complètement différent. La couche cornée desquame. La couche granuleuse est désagrégée, composée de cellules irrégulières contenant des grains de kératohyaline très inégaux, offrant tous les intermédiaires entre des blocs volumineux et une fine poussière de granulations. Cette couche

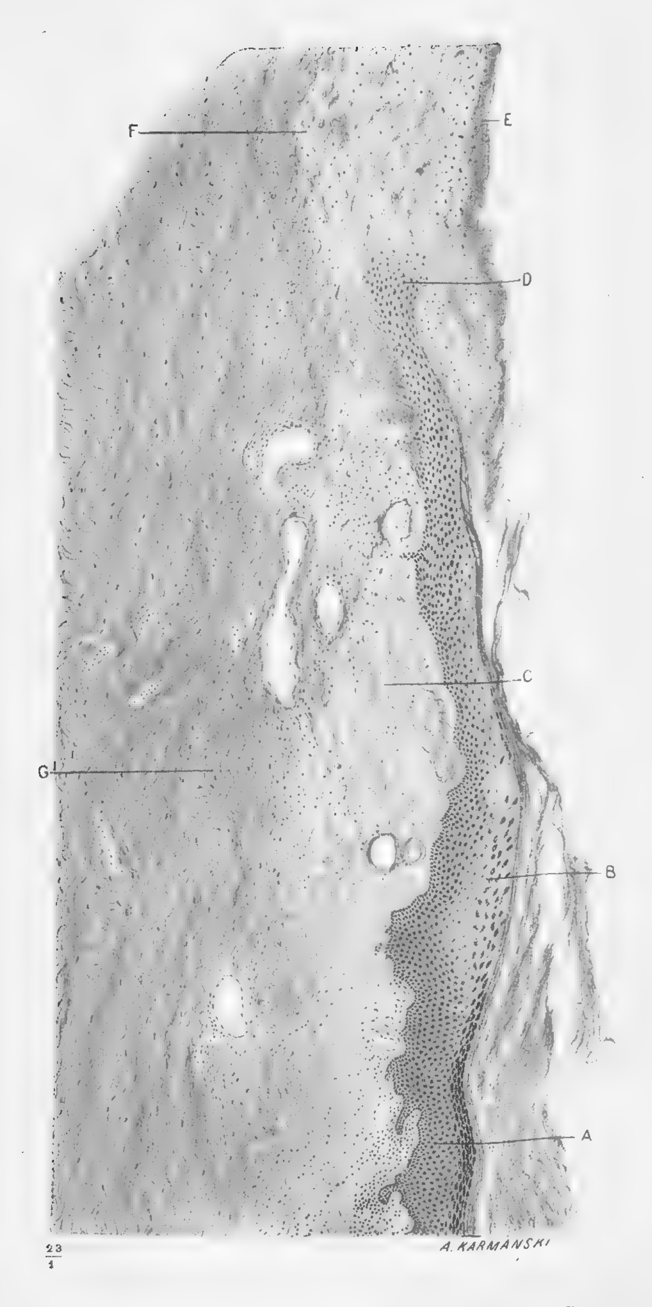


Fig. 4. — Coupe du bord de l'*ulcère radiodermique* de la fig. 2 (Coloration au van Gieson). — A, région où l'épiderme est hypertrophié et le corps papillaire légèrement infiltré ; — B, dégénérescence de l'épiderme ; — C, nécrose du corps papillaire ; — D, terminaison de l'épiderme au bord de l'ulcère ; — E, surface de l'ulcère ; — F, fond de l'ulcère où se voit la dégénérescence et la fonte du tissu dermique ; — G, condensation du tissu conjonctif du chorion avec altérations cellulaires et dilatation des vaisseaux à parois embryonnaires. — On remarquera dans l'ensemble de cette coupe le faible degré de la réaction inflammatoire et de la leucocytose.

granuleuse finit par disparaître et, comme d'ordinaire en pareil cas, on voit alors aux points correspondants quelques noyaux subsister dans la couche cornée (parakératose). Quant aux cellules malpighiennes, elles présentent de graves lésions de dégénérescence allant jusqu'à la mortification; un bon nombre d'entre elles en effet, et cela par foyers ou par traînées, ont leur noyau déformé, mal coloré, vacuolisé ou remplacé par un amas de fines granulations de chromatine ou même par une lacune granuleuse; leur protoplasma est homogène, quelquefois vacuolé; mais on retrouve généralement des filaments d'union dans les espaces intercellulaires. Cette dégénérescence nécrotique avec disparition du noyau n'atteint pas particulièrement les cellules de la couche génératrice; celles-ci cependant ont perdu leur disposition normale en palissade, sont petites, déformées, tout à fait irrégulières; on n'y voit pas de karyokinèses. Il n'y a aucun afflux de cellules migratrices dans l'épiderme.

Dans cette même région (B et C), c'est-à-dire entre la zone de prolifération et l'ulcération, le corps papillaire a subi une altération formidable que je ne peux interpréter que comme une nécrose. Les papilles sont effacées; le tissu conjonctif a pris une apparence œdémateuse, mais est en réalité complètement dégénéré. On y distingue un vague réseau de travées à contours flous et prenant faiblement les couleurs acides, mais n'ayant plus la structure de faisceaux conjonctifs; l'orcéine n'y colore plus aucune fibrille élastique: on se croirait en présence d'un exsudat albumineux, n'étaient les sections de nombreuses cavités vasculaires fortement dilatées, entourées parfois d'une pseudo-membrane homogène et dont l'endothélium est desquamé mais bien reconnaissable. Les noyaux cellulaires, conjonctifs ou leucocytaires, sont assez rares dans ce tissu dégénéré (leur nombre a été relativement exagéré par le dessinateur).

Aux bords de l'ulcère (en D) on voit l'épiderme se terminer par une extrémité effilée flottant dans un exsudat fibrineux.

L'ulcère lui-même (E) est rempli d'un détritus amorphe, qui présentait cliniquement l'aspect d'une fausse membrane blanche et adhérente. Celle-ci a la constitution suivante: en surface un exsudat fibrineux, débordant sur le lambeau extrême de l'épiderme, où l'on reconnaît d'assez nombreux globules de pus et des amas de microcoques; ces derniers manquent complètement dans les couches plus profondes. Au-dessous se voit un tissu nécrosé en continuité avec le tissu dégénéré du corps papillaire avoisinant. En profondeur (F) on saisit sur le fait la dégénérescence du chorion ou derme proprement dit.

Ce chorion (G) présente dans toute la pièce une structure un peu particulière; le tassement des faisceaux connectifs, leur orientation uniforme, la structure embryonnaire des vaisseaux sanguins, d'ailleurs rares, qui le parcourent, lui donnent un peu l'air d'un tissu de cicatrice. Le réseau élastique existe, mais n'a pas sa régularité habituelle; condensé par places, il est ailleurs dissocié. Les cellules conjonctives ont un noyau anormal, uniformément et fortement coloré, quelquefois 2 ou 3 noyaux. On ne trouve aucune cellule migratrice.

A la base de l'ulcère (F) on voit les faisceaux connectifs et les fibres élastiques du chorion se fragmenter, s'effilocher si l'on peut ainsi dire, pendant

que les cellules conjonctives s'arrondissent ou se dissolvent en laissant libres leurs noyaux fragmentés. La grande rareté des leucocytes, dans cette zone de désintégration et de dissolution du tissu conjonctif, est très frappante.

Je n'ai trouvé sur les coupes de la pièce ni trace de follicules pilo-sébacés, ni glande sudoripare. La biopsie n'atteignait pas l'hypoderme et ne renfermait aucun vaisseau de calibre, artère au veine, non plus qu'aucun nerf reconnaissable.

En somme il ressort de l'examen de cette pièce : 1° qu'aux points les plus éloignés de l'ulcère il y a hypertrophie totale de l'épiderme, un peu d'œdème et de congestion du corps papillaire, et une infiltration cellulaire modérée ; c'est-à-dire les signes d'une inflammation subaiguë ; 2° que plus près de l'ulcère il y a nécrose cellulaire de l'épiderme et nécrose massive du corps papillaire ; 3° que l'ulcération elle-même résulte d'une fonte moléculaire des tissus, qui se fait élément par élément, sans réaction inflammatoire, sans suppuration, sans infection surajoutée appréciable.

Ces lésions sont exactement celles que l'on trouve dans des radiodermites précoces, survenant peu de semaines ou de mois après les séances de rayons X.

Ainsi que je le rappellerai plus loin l'étude de ces dernières révèle en effet que les altérations produites par les rayons Rœntgen portent plus ou moins sur tous les éléments constitutifs de la peau ; les altérations sont néoformatives aux points les moins atteints (hypertrophie de l'épiderme et condensation du derme), dégénératives et destructives aux points plus fortement atteints (nécrobiose, gangrène, ulcération).

* * *

Pour apprécier la valeur de ces résultats il faut remarquer que cette pièce biopsique présentait quelques particularités et qualités précieuses, en même temps que quelques défauts qui doivent être mis en lumière.

Tout d'abord il s'agit de lésions anciennes et extraordinairement anciennes ; on peut avec certitude les rattacher à des irradiations nombreuses, mais à faible dose, faites douze ans auparavant.

D'autre part, ces lésions étaient en activité progressive actuelle ; l'ulcération datait de trois mois, avait apparu sans irradiation nouvelle, sans cause déterminante quelconque ; sous nos yeux elle s'est spontanément agrandie et d'autres ulcérations ont apparu dans le voisinage.

Le fait matériel de la persistance du processus morbide causé par les rayons X, pendant une période de temps extraordinairement longue, et peut-être indéfinie, est donc hors de toute contestation.

Loin de s'immobiliser après quelques mois ou années, d'atteindre un état statique d'équilibre définitif, comme il arrive plus ou moins pour les cicatrices en général, les lésions radiodermiques restent en état de sourde évolution, coupée par des périodes d'équilibre nutritif instable, susceptibles de reprendre après 11 ou 12 ans les caractères qu'elles affectaient au cours de la première année. On savait déjà qu'elles sont vulnérables, qu'elles réagissent parfois d'une façon disproportionnée à des traumatismes, des interventions chirurgicales, des applications médicamenteuses et surtout à des irradiations nouvelles. Le cas actuel prouve qu'une radiodermite peut, après un temps fort long, s'ulcérer spontanément comme si elle datait de quelques mois.

Comment le fait se produit-il ? Les imperfections de ma pièce ne me permettent pas de l'élucider complètement. Certes dans le cas actuel il est certain qu'il ne s'agit pas de transformation cancéreuse. Je crois que mes coupes prouvent aussi qu'il ne s'agit pas des effets d'une infection surajoutée ; on y voit des groupes microbiens à la surface de l'ulcère, mais peu ; la réaction leucocytaire est absolument infime et tout à fait superficielle ; en profondeur il est évident que le processus ulcéreux n'est pas dû à une infection.

Mais du tissu qui s'ulcère, je ne sais pas s'il est réellement cicatriciel, c'est-à-dire s'il correspond exactement à un point qui a été ulcéré en 1901, ou s'il est seulement sclérosé. Je ne sais surtout pas quel est l'état des tissus sous-jacents dont il dépend pour sa nutrition. Ayant une pièce biopsique, c'est-à-dire superficielle, et non une pièce opératoire, comme d'autres observateurs plus heureux, j'ignore dans quel état sont les vaisseaux sanguins et les nerfs de l'hypoderme en ce point, état qui peut avoir joué un rôle dans la reviviscence de l'ulcération. Cette lacune devait être signalée.

Quoi qu'il en soit, je crois intéressant de rapprocher les constatations histologiques que j'ai pu faire dans ce cas de ce qui constitue les notions actuelles sur cette question.

Historique et résumé succinct de nos connaissances actuelles sur l'anatomie pathologique des radiodermites opératoires. — Les lésions qui constituent les plaques de radiodermite des opérés ont été étudiées par de nombreux histologistes soit expérimentalement chez les animaux, soit sur des pièces recueillies sur l'homme.

Personnellement j'ai eu l'occasion, dès 1897, d'examiner un lambeau sphacélé de la vaste escarre abdominale du malade d'Apostoli ; j'y ai trouvé une nécrose sèche totale du derme et de l'hypoderme, sans aucune altération des vaisseaux et des nerfs pouvant en éclairer la pathogénie.

A la suite de cet examen, Oudin et Barthélemy ont irradié des cobayes et des lapins sur lesquels j'ai pu faire des biopsies. Nos résultats

ont été communiqués au congrès de Moscou (1). Il faut remarquer qu'à l'époque nous ne pouvions aucunement apprécier la quantité ni la qualité des rayons employés. Sur la peau d'un cobaye exposé pendant deux heures, un mois avant la biopsie, j'ai constaté des lésions considérables de l'épiderme et de ses annexes, qu'on peut résumer comme suit : énorme hypertrophie et hyperplasie de l'épiderme dans toutes ses couches ; couche cornée épaissie ; corps muqueux composé de 10 à 12 assises de cellules malpighiennes (au lieu de 2 ou 3), et couche granuleuse formée de 6 à 10 rangées de cellules (au lieu de 1 à 2) très riches en grains et boules de kératohyaline de toutes dimensions. Alopécie totale avec atrophie presque complète des follicules pilo-sébacés, sans tendance à la régénération. Dans le derme les papilles sont un peu augmentées de volume, mais inégales et renferment des cellules pigmentaires ; cellules conjonctives un peu nombreuses, mais pas de lésions appréciables du tissu conjonctif, du réseau élastique et des vaisseaux sanguins. En somme irritation prolifératrice de l'épiderme avec atrophie des annexes.

L'année suivante Unna examinant un lambeau de peau de la poitrine d'une femme qui, quelques semaines auparavant, avait subi plusieurs séances de radiothérapie et cliniquement ne présentait qu'une pigmentation légère, arrivait à des résultats totalement différents. Il constata seulement un état basophile des faisceaux collagènes qui étaient gonflés, fissurés et friables, et conclut que probablement cette dégénérescence est primitive et ne provoque que secondairement et lentement une réaction inflammatoire.

Gassmann, et après lui Lion, décrivirent dans des ulcères radiodermiques une altération vasculaire caractérisée par une vacuolisation des parois. Oscar Salomon trouva dans un fragment d'ulcère des lésions très analogues à celles de la sclérodermie idiopathique.

Ces divergences considérables s'expliquent par les conditions différentes dans lesquelles les lésions examinées avaient été produites.

Scholtz le premier a étudié méthodiquement la question en une série d'expériences bien conduites. Il a choisi la peau du jeune porc, qui ressemble à celle de l'homme, a fait des irradiations dans des conditions tout à fait analogues à celles usitées en thérapeutique et a suivi histologiquement, à des dates rapprochées, les divers stades de la réaction, pas assez longtemps pourtant. C'est à lui que nous devons le fond de nos connaissances sur le processus histologique initial des radiodermites.

Et cependant dans les nombreuses publications qui ont suivi son travail on voit les discordances persister. Pour en bien saisir la portée

(1) On trouvera les renseignements bibliographiques réunis à la fin de cet article.

il faudrait avoir des renseignements précis sur les conditions dans lesquelles les rayons X ont agi ; savoir les doses administrées à chaque séance, la qualité des rayons, le nombre des séances et leur intervalle, le temps écoulé, non seulement depuis la dernière mais aussi depuis la première séance jusqu'au moment de l'examen. C'est là ce que les futurs observateurs auront à relever avec soin.

Quoi qu'il en soit il me semble que l'on peut dès maintenant se faire une idée de la signification des diverses lésions élémentaires qui ont été relevées dans les radiodermites.

1. *Hypertrophie de l'épiderme, sans dégénérescence, sans exocytose.* — C'est chronologiquement, avec l'atrophie des follicules pilo-sébacés, la première connue des lésions cutanées dues aux rayons X ; je l'ai constatée chez le cobaye, un mois après une irradiation longue mais de dosage inconnu. Elle est cependant rarement signalée. Scholtz ne l'a pas observée. — Dalous et Lasserre examinant une radiodermite de la peau humaine, 11 jours après la dernière de neuf séances de rayons X pratiquées à 8 jours au moins d'intervalle, constatent que, dans l'épiderme, la couche cornée est très peu épaisse, mais la couche granuleuse, bien que manquant en certains endroits, présente en général une épaisseur assez considérable (3 à 6 rangées) avec des granulations fines et extrêmement nombreuses ; et ceci coïncide avec l'atrophie du corps muqueux dont je vais parler plus bas. — De Beurmann, Gougerot et Dominici, ont retrouvé nettement l'hypertrophie épidermique dans un cas de radiodermite professionnelle, 7 ans après le début des irradiations, 38 mois après leur cessation. A en juger d'après ses caractères cliniques, il est à peu près certain que la radiodermite professionnelle doit compter cette lésion parmi ses caractères constitutifs habituels et essentiels. — Dans le cas qui fait l'objet de ce mémoire l'hypertrophie de l'épiderme apparaît nettement à quelque distance de l'ulcération.

Il est donc vraisemblable que l'hypertrophie épidermique est la conséquence d'irradiations, soit uniques, soit répétées, pourvu que la dose absorbée soit insuffisante pour produire une nécrose même partielle de l'épiderme, et suffisante cependant pour en exalter sa vitalité.

A l'appui de cette manière de voir je ferai remarquer que Guyot, dans son étude expérimentale de l'action du radium sur la peau de la souris, arrive à cette conclusion qu'à la suite d'irradiations faibles, ou à la première phase de la réaction suscitée par des irradiations fortes, on observe régulièrement une prolifération du tissu épithélial, épiderme et follicules pilosébacés, qu'on peut attribuer à une excitation de la vitalité cellulaire ; une irradiation forte au contraire conduit à une atrophie de ces mêmes tissus.

2. *Dégénérescence des cellules malpighiennes et atrophie de l'épiderme.* — Une action plus forte des rayons X donne lieu à une dégé-

nérescence des cellules malpighiennes par nécrose partielle ou totale de ces cellules ; elle se traduit par une tuméfaction et une vacuolisation de leur protoplasma avec division amitotique des noyaux et fragmentation de la chromatine.

Cette lésion est précoce. Scholtz l'a vue 7 jours après une irradiation à dose dépilante ou supérieure, et la décrit comme suit : « La couche cornée est un peu dissociée et on trouve, çà et là, quelques cellules nucléées. La couche granuleuse n'est plus qu'indiquée ; par place elle a disparu. La couche des cellules épineuses est nettement amincie ; les cellules sont très modifiées ; elles sont tuméfiées, à contours peu nets, et leur volume est augmenté même dans la couche génératrice. Le protoplasma se colore fortement, mais d'une façon diffuse par l'hématoxyline. Le noyau, par contre, n'est le plus souvent que faiblement coloré, et la chromatine est divisée en petits amas et grumeaux. La plupart des noyaux sont tuméfiés, parfois dentelés et vacuolisés. On trouve aussi des vacuoles dans le protoplasma, surtout au voisinage des noyaux. Presque dans chaque champ microscopique, on voit des cellules dont le noyau est divisé deux à trois fois par division directe. Il n'y a pas de mitoses, ou du moins il n'y en a que des débuts. Tous ces phénomènes de dégénérescence augmentent en allant de la couche basale à la couche cornée. Près de la surface les contours des cellules sont à peine reconnaissables et leur protoplasma est presque fusionné en une masse homogène où les noyaux ne sont parfois qu'à peine indiqués. Les follicules pileux ont subi des modifications tout à fait analogues. »

Cette lésion, que Dalous et Laserre ont décrite dans leur cas, et à laquelle ils donnent le nom de Radioépithélite, atteindrait, suivant leur remarque, et ainsi que Lion l'avait déjà observé, principalement la couche génératrice. Ils ont trouvé les cellules de cette couche écartées, quelquefois isolées, irrégulières, atrophiées ou gonflées. Plusieurs autres auteurs ont également constaté cette lésion et sa prédominance dans la couche basale de l'épiderme, notamment Ménétrier et Clunet qui l'ont figurée dans leur article.

Il n'est aucunement surprenant que cette dégénérescence de l'épiderme, selon son degré, son étendue et sa topographie, puisse donner lieu à un trouble de l'évolution épidermique se traduisant par un amincissement durable de l'épiderme ; ou bien à un détachement de l'épiderme, avec ou sans production de phlyctènes, c'est-à-dire à une érosion, qui ouvre la porte aux infections secondaires.

L'épiderme se régénère, selon Scholtz, progressivement de la périphérie au centre, et tantôt s'étend en couche uniforme sur le corps papillaire, tantôt y envoie des prolongements interpapillaires ; seuls les follicules pileux manquent.

3. *Lésions des follicules pilosébacés.* — Les éléments des follicules

sont manifestement plus sensibles aux rayons X que ceux de l'épiderme de revêtement; cela peut tenir, comme je l'avais avancé dès 1897, à leur différenciation plus avancée. En tout cas il est certain que des doses d'irradiation qui produisent l'hypertrophie épidermique, ou même des doses moindres, amènent l'atrophie des follicules pileux.

Celle-ci est complète, mais temporaire seulement, avec une dose de 5 H, ainsi que nous l'a appris la pratique de l'épilation radiologique des teignes, si bien réglée par Sabouraud. Mais ce fait n'est exact que pour le cuir chevelu ; dans les autres régions pileuses, ou dites glabres, la dose qui amène la dépilation temporaire est moins constante et moins facile à déterminer. En tout cas il est prouvé qu'une dose supérieure à la dose temporairement dépilante produit une alopécie définitive. Inversement une dose moindre que 5 H peut être excitante de la papille pilaire ; cela est évident, par exemple dans les expériences cliniques de mon assistant Chicotot, qui a fait repousser des cheveux sur des têtes peladiques, la repousse étant exactement limitée au carré de peau irradié.

Quant aux lésions des glandes sudoripares elles sont moins connues et probablement de même ordre, mais moindres, que celles des follicules.

4. *Lésions du derme, corps papillaire et chorion, et lésions vasculaires.* — Les lésions de cet ordre étant moins faciles à distinguer à leur début, délicates à apprécier dans leur pathogénie, leur évolution et leurs conséquences, il en résulte que leur signification ne saurait être actuellement précisée avec quelque exactitude.

Les cellules conjonctives, dès le septième jour après une irradiation à la dose nocive minima, présentent, d'après Scholtz, quelques modifications légères ; elles sont tuméfiées et ont parfois une forme anormale. A un degré supérieur ces cellules sont dégénérées ; leur protoplasma est gonflé et se colore d'une façon plus ou moins diffuse ; leur noyau prend mal les colorants ; quelquefois la cellule possède plusieurs noyaux vésiculeux ; les cellules affectent parfois des formes très singulières.

Concurremment on note des lésions des faisceaux conjonctifs. On ne sait si elles sont la conséquence des lésions cellulaires, qui seules seraient primitives, ou bien, ce qui est plus probable, si elles dérivent de la même cause et sont une conséquence directe de l'action des rayons X, comme le voulait Unna. Les faisceaux conjonctifs sont dissociés par de l'œdème, ou au contraire tassés et gonflés, mais en tout cas moins nettement fibrillaires, homogénisés, quelquefois fissurés et paraissent friables. Mais l'altération basophile n'a pas été retrouvée par Scholtz et d'autres, ni par moi.

Il semble établi que le réseau élastique n'est pas modifié ; lorsqu'on a signalé son irrégularité, sa condensation ou au contraire sa dissocia-

tion, cela peut tenir à l'état du tissu collagène intermédiaire, qui est œdématié, nécrosé ou résorbé.

Les modifications des vaisseaux sanguins sont variables. Tantôt on ne signale que leur simple dilatation. Tantôt leurs parois subissent des altérations importantes. Scholtz a vu les cellules de la tunique interne gonflées ; elles proéminaient dans la lumière du vaisseau, proliféraient manifestement, se désagrégeaient et tendaient à se mêler au courant sanguin. J'ai mentionné que Gassmann et Lion avaient décrit avant lui une altération vacuolaire des tuniques internes et moyennes, laquelle a été retrouvée plusieurs fois depuis, et paraît faire partie surtout des lésions qui conduisent à l'ulcère radiodermique.

D'autres, tels que Salomon, ont observé une sclérose des parois vasculaires, allant jusqu'à l'endovasculite oblitérante, figurée par R. Volk (1907). Celle-ci a été vue par A.-C. Ellis, ainsi que par Dalous et Lasserre dans les artérioles superficielles du derme, tandis que Pouget la note surtout dans les vaisseaux profonds. On peut à bon droit supposer que ce sont ces lésions vasculaires progressives, portant sur les artères et sur les veines, qui conditionnent l'apparition des télangiectasies superficielles, si connues ; leur développement tardif plaide en faveur de cette interprétation.

Il est vraisemblable d'autre part que cette sclérose vasculaire correspond à un stade de réparation des lésions vacuolaires, ou tout au moins à une action radiologique insuffisante pour produire la nécrose vasculaire et ayant excité la prolifération des tissus.

Nos connaissances en ce qui concerne les *lésions des nerfs* de la peau sont peu précises ; ce qu'on en sait jusqu'ici ne me semble pas suffisant pour leur attribuer, comme on l'a fait, un rôle prédominant dans les phénomènes nécrotiques et considérer ces derniers comme trophoneurotiques.

5. *Nécrose. Ulcération.* — La clinique et l'expérimentation sont d'accord pour établir que l'action très forte ou extrême des rayons X sur la peau se traduit par la formation d'escarres. Tous les auteurs ont été frappés de l'existence d'une période plus ou moins longue de latence, comparable à une incubation, qui sépare l'irradiation nocive de la mortification cutanée ; c'est en en cherchant l'explication qu'on a été conduit à invoquer, comme intermédiaire nécessaire, les lésions cellulaires, vasculaires, ou nerveuses.

L'analyse histologique des nécroses massives et constituées ne nous apprend rien sur leur pathogénie. L'étude de la nécrose en voie de formation nous montre les altérations habituelles, portant sur la morphologie et les affinités de coloration, telles que celles que j'ai reproduites figure 4.

Une loi de pathologie générale veut que la nécrose, qu'elle soit élémentaire, parcellaire ou massive, exerce une action chimiotactique sur les globules blancs, dont le rôle est d'en dissoudre, d'en phagocyter et

d'en entraîner au loin les produits. C'est ce que Scholtz a constaté : « Dès que la dégénérescence des éléments cellulaires a atteint un certain degré, » dit-il dans ses conclusions, « des phénomènes de réaction inflammatoire se produisent. Ils se manifestent par une forte dilatation des vaisseaux, par l'imbibition séreuse des tissus, et par une forte migration leucocytaire arrivant à constituer des infiltrats considérables. Si à la suite d'une irradiation très forte la dégénérescence cellulaire est très prononcée, les leucocytes se dirigent en masse vers les tissus altérés et en amènent la destruction complète. »

Cet afflux leucocytaire est apparent d'abord autour des vaisseaux restés perméables, forme des traînées dans le derme, puis gagne l'épiderme si celui-ci est conservé, ou la surface de la perte de substance. D'excellents expérimentateurs, tels que G. Schwartz et Heile, cités par Ménétrier et Clunet, ont admis que, si les leucocytes contribuent à la résorption des produits nécrosés, ceux-ci peuvent aussi disparaître par dissolution dans les liquides intercellulaires.

La description de Scholtz s'applique à la peau du porc ; lui-même a noté que la réaction leucocytaire est bien moindre chez le cobaye. Elle est aussi moins prononcée et assez inconstante dans la peau humaine.

On peut même dire que dans les radiodermites c'est plutôt l'absence, ou bien le faible degré et le retard de ce processus réactionnel ou inflammatoire, qui sont frappants ; ce fait est en rapport avec l'allure cliniquement torpide et traînante des lésions radiodermiques. Ce caractère est plus facile à constater qu'à expliquer, en présence d'ulcères par exemple qu'on sait très vulnérables aux agents traumatiques, chimiques et physiques et qui, très durables et souvent mal pansés, sont très exposés aux infections microbiennes externes. A ce propos je peux citer particulièrement les remarques qu'ont faites Pouget et Nancel-Pénard dans l'examen de leur beau cas de radiodermite ulcéreuse aiguë :

« L'ulcération présente une surface d'une régularité remarquable ; elle paraît taillée au rasoir : pas la moindre anfractuosité, pas la moindre végétation. Elle est recouverte par une fausse membrane anhiste assez épaisse, ayant tous les caractères de la fibrine, colorée en jaune par le Van Gieson, en rouge foncé par l'éosine.

« Au-dessous de l'ulcération, le derme présente des altérations à peu près analogues dans toute la pièce, seulement plus accusées dans la partie correspondant à la surface ulcérée.

« Ce qui frappe tout d'abord, c'est l'intégrité à peu près complète de toute la charpente élastique et fibreuse. Ces deux tissus ne sont altérés ni dans leur structure, ni dans leur disposition générale et l'ulcération est simplement taillée dans le derme comme par un coup de couteau qui en aurait enlevé un copeau correspondant à toute la zone papillaire et sous-papillaire. C'est un des caractères les plus frappants que l'absence d'une nappe d'infiltration cellulaire au-dessous de l'ulcération. »

Je rappelle que, pour expliquer la lenteur d'évolution et de réparation des ulcéres radiodermiques et des lésions radiodermiques en général, on a invoqué, à part le faible degré de la réaction inflammatoire, d'une part les lésions des vaisseaux de divers calibres, d'autre part les lésions nerveuses, fort probables quoique mal connues.

6. *Stade ultime.* — Si Un processus radiodermique d'une certaine intensité, ulcéreux ou non, aboutit enfin, après un temps toujours relativement fort long, à une réparation, celle-ci ne va pas sans une modification plus ou moins profonde de la peau. L'épiderme reste épaissi ou aminci ; les papilles suivant le cas se sont reproduites, ou restent effacées ; les follicules et glandes ont disparu. Le derme demeure œdémateux, avec des dégénérescences partielles, ou condensé et scléreux. Il peut renfermer des infiltrats cellulaires, qui selon Pouget seraient presque exclusivement composés de petits plasmazellen. La trame du chorion et son réseau élastique ont une disposition anormale. En un mot il n'y a pas véritable *restitutio ad integrum.*

Il ne s'agit pas non plus d'une cicatrice ordinaire ; la plaque scléreuse radiodermique est tout à fait spéciale, cliniquement reconnaissable à première vue et douée d'une vulnérabilité, d'une aptitude à la reviviscence du processus sous la moindre influence, apte même à la reviviscence spontanée ; cette particularité mérite d'être connue, car elle a une haute importance pratique.

On la trouve d'ailleurs mentionnée par un bon nombre d'observateurs. Scholtz déjà a attribué à cette persistance des lésions radiodermiques la sensibilité spéciale qu'elles conservent longtemps aux agents caustiques et aux rayons X eux-mêmes. R. Volk remarque que dans sa pièce, recueillie un an après les séances, le processus est loin d'être arrêté et paraît au contraire en plein progrès.

Cependant aurait-on pu imaginer que, près de douze ans après la dernière irradiation, on trouverait des lésions presque identiques à celles que présente une peau soumise aux rayons X quelques semaines ou quelques mois auparavant !

Résumé et conclusions. — L'observation que je rapporte concerne un cas cliniquement typique de radiodermite ulcéreuse. La symptomatologie en est intéressante en ce qu'on y reconnaît nettement l'existence de trois zones concentriques entourant l'ulcère, zones qui représentent des degrés croissants de l'altération cutanée produite par les rayons X.

L'étiologie en est classique ; elle a été causée par des irradiations sans doute peu intenses, mais très nombreuses et très rapprochées.

Ce qui rend cette observation extraordinaire et la place vraiment hors de pair, c'est l'évolution étonnamment lente et prolongée des accidents : la dernière séance de rayons X a été pratiquée il y a près de *douze ans* ; grâce aux documents que j'ai pu retrouver, on voit que les

lésions ont commencé à apparaître au bout de 5 ou 6 mois ; au bout d'un an une ulcération s'était constituée ; elle a mis 8 ou 10 mois, peut-être même un an, à guérir. Puis récemment, d'un façon spontanée, sans l'intervention d'aucune cause nocive appréciable, un ulcrèe radiodermique avec escarrification s'est reproduit, s'est étendu sous nos yeux et persistait encore six mois après son apparition.

L'examen histologique d'un petit lambeau du bord de cet ulcère a montré des lésions absolument analogues, identiques même, à celles que l'on décrit dans les radiodermites datant de quelques semaines ou de quelques mois.

Il y a lieu de reconnaître qu'une éventualité de ce genre est de nature à assombrir dans une certaine mesure le pronostic des radiodermites. Ce cas prouve en effet que le processus morbide né sous l'influence des rayons X est capable de persister et d'évoluer pendant une période de temps à peu près indéfinie.

BIBLIOGRAPHIE

1897. Oudin, Barthélemy et Darier, Accidents cutanés et viscéraux consécutifs à l'emploi des rayons X. *Congrès intern. de Moscou* et *France médic.*, nos 8-12, 1898.

1898. Unna (P. G.), Zur Kenntniss der Hautveränderungen nach Durchleuchtung mir Röntgenstrahlen. *Deutsche Med. Zeitung*, IX, p. 197.

1899. Gassmann, *Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, Bd II, H. 4.

1901. Lion, *Congress der deutschen dermatol. Gesellschaft*, 20-30 mai.

1902. Scholtz, Ueber den Einfluss der Röntgenstrahlen auf die Haut in gesunden und kranken Zustände. *Archiv für Dermatol. u. Syph.*, janv.-févr.-mars.

1903. W.-A. Pusey, The rationale of and the indications for the therapeutic use of Roentgen rays. *Transactions of the Amer. Dermatol. Assoc.*, p. 84.

— A. C. Ellis, *American Journal of the med. Sciences*, CXXXV. 1.

1904. J. Belot, *La Radiothérapie. Son application aux affections cutanées*, 1 vol. Steinheil, éd., Paris.

1905. E. Dalous et G. Lasserre, Le processus histologique des radio-épithélites. *Ann. de Dermatol. et de Syphil.*, p. 305.

1906. De Beurmann, Gougerot et Dominici, Évolution de la radiodermite chronique. *Bull. de la Soc. franç. de Dermatol.*, p. 416 et *Ann. de Dermatol. et de Syphil.*, p. 938.

1907. R. Volk, Zum Kapitel der Röntgenschädigungen. *Archiv f. Dermatol. und Syphil.*, t. 87, p. 62.

1908. P. Ménétrier et J. Clunet, La radiothérapie des cancers épithéliaux. *Arch. de Méd. Expérim.*, p. 159.

1909. G. Guyot, Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung des Radiums auf das Hautgewebe. *Archiv f. Dermat. und Syphil.*, Bd. 97. p. 211.

1910. Pouget et Nancel-Penard, Radiodermite ulcéreuse aiguë. *Ann. de Dermat. et de Syph.*, p. 515.

SUR UNE NOUVELLE FORME PARASITAIRE DES ONYCHOMYCOSES

Par le Dr **Pellier**, ancien chef de clinique.

(Travail de la clinique de dermatologie et syphiligraphie de l'Université de Toulouse [Pr Audry].)

(Avec deux figures dans le texte)

La question des onychomycoses a reçu dans les « teignes » de Sabouraud une mise au point qui me dispense de toute notion historique sur ce sujet. Je me bornerai à y relever que « toutes les onychoses mycosiques que l'on rencontre ne sont peut-être pas dues à des parasites connus, cultivés et catalogués », puisque cette phrase se rapporte parfaitement au cas que j'ai étudié.

En voici l'observation que je dois à l'obligeance de M. Carosse, externe des hôpitaux.

X..., âgé de 54 ans, instituteur, a remarqué que certains ongles de ses pieds tombent spontanément avant d'avoir atteint l'extrémité du lit unguéal. L'affection est très ancienne et date environ de 25 ans. Le malade n'a jamais consulté de médecin à ce sujet ; il se borne à faire des applications de teinture d'iode.

Les lésions portent sur les deux premiers orteils de chaque pied et semblent être des deux côtés au même stade de leur évolution. L'ongle du gros orteil n'a pas de bord libre ; il est opaque et de coloration jaunâtre. En limant sa couche superficielle, on découvre une matière cornée, friable, en moelle de jonc. Lorsque l'ongle tombe spontanément, le lit de l'ongle est recouvert d'une surface hyperkératosique.

Le deuxième orteil présente des lésions analogues mais moins marquées. Sur l'orteil gauche elles sont localisées au bord interne, par conséquent en contiguïté avec le gros orteil ; le malade précise en effet que les lésions ont débuté sur le gros orteil, puis se sont étendues à l'orteil voisin.

Si on rapporte cette observation aux caractères cliniques décrits dans les traités, elle rentre assez facilement dans le cadre des onychomycoses : ongle en moelle de jonc, bord friable, coloration opaque d'un blanc jaunâtre. L'extension de la maladie par contiguïté est en faveur d'une lésion parasitaire. Mais il est clair qu'en pareil cas, en dehors de toute lésion cutanée, le microscope est nécessaire pour affirmer le diagnostic.

L'examen dans la potasse des fragments unguéaux montre qu'on se trouvait en présence d'une mycose, mais aussi qu'il s'agissait là d'un

parasitisme tout à fait particulier. Il est de notion courante que les champignons produisant les diverses formes de l'herpès circiné se présentent à l'examen extemporané sous la forme de filaments mycéliens à articles de longueur variable, qu'ils ne donnent lieu à aucune production de spores et que l'expression de filaments sporulés constitue une erreur basée sur une analogie morphologique.

Dans notre cas, au contraire, les filaments mycéliens étaient très rares. En revanche on y rencontrait en abondance de gros éléments globuleux ou ovalaires à paroi épaisse et réfringente. Ces éléments sont irrégulièrement répartis dans l'ongle ; il semble qu'ils fournissent en certains points des amas considérables alors qu'on les recherche en vain sur d'autres préparations.

Par coloration, on voyait au sein de la capsule réfringente une masse protoplasmique dans laquel l'examen à l'immersion mettait en évidence un certain nombre de corpuscules arrondis.

La figure 1 (dans laquelle j'ai jugé inutile de représenter les débris unguéaux) peut donner une idée des différentes formes parasitaires ; si au point de vue mycologique elle manque peut-être de toute la précision désirable, je la crois très importante, ne fût-ce que pour écarter toute hypothèse d'une contamination accidentelle des cultures.

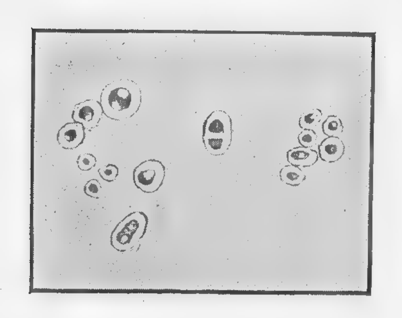


Fig. 1.

L'ensemencement sur gélose maltosée donne en abondance des cultures à peu près pures se présentant sous la forme de saillies de couleur café au lait qui ne tardent à s'affaisser et à s'étendre sous une forme vermiculée. Sur carotte et sur pomme de terre ce champignon pousse sous forme de petites saillies d'un blanc très pur, saillantes qui finissent par s'agglomérer en un plateau à surface granuleuse ne rappelant en aucune façon l'aspect des cultures sur gélose.

La culture en goutte sur bouillon glucosé est d'un développement très rapide. On y rencontre au début des formations mycéliennes à articles relativement longs à protoplasma très granuleux. Très rapidement le protoplasma se condense ; les segments deviennent piriformes, la grosse extrémité étant tournée vers l'extrémité libre du filament. On retrouvera très nettement sur la figure 2 ces deux aspects de la culture en goutte au début. Mais au bout de peu de jours le parasite perd rapidement sa structure filamenteuse pour ne donner plus que la forme levure.

Si ces quelques données sont suffisantes pour permettre d'affirmer que le parasite de cette onychomycose est d'un ordre tout à fait diffé-

rent de ceux que l'étude des teignes nous apprend à connaître, elles sont tout à fait insuffisantes pour permettre d'établir la nature de celle du champignon. J'ai demandé à M. le Pr Vuillemin (de Nancy) de m'éclairer sur ce point et il a bien voulu — avec une amabilité dont je ne saurais trop le remercier — me faire savoir que le parasite en question est très voisin de celui du muguet, mais qu'il hésite encore à l'identifier avec l'Endomyces albicans.

Quels que soient les résultats de l'identification définitive de ce champignon, on peut d'ores et déjà considérer cette observation — peut-être unique — comme une confirmation flagrante de la phrase de Sabouraud que j'ai rappelée au début de cette note. Elle ne présente pas au point de vue clinique de caractéristique mais c'est un fait banal en

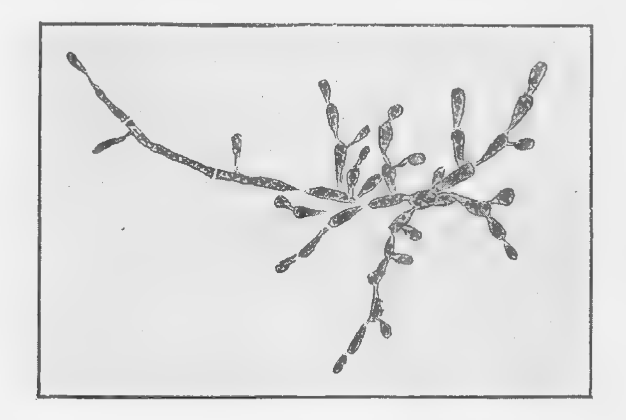


Fig. 2.

matière d'onychomycoses ; en revanche rien dans la description des lésions ne saurait contredire ce diagnostic.

La présence dans les débris unguéaux d'un parasitisme d'allure toute particulière est la meilleure des preuves du rôle pathogène du champignon fourni par la culture. Il ne manque à une démonstration absolue que la reproduction des lésions ; serait-il bien facile de reproduire sur l'animal d'expérience une onychomycose quelconque, et ne sait-on pas la difficulté que présentent à l'inoculation expérimentale un grand nombre de dermatophytes dont la nature pathogène n'est point contestable.

Ce cas d'onychomycose devra donc être rangé à la suite des nombreuses localisations des endomyces et des parendomyces. Il en constituera la forme, sinon la plus importante, du moins la plus rare jusqu'au jour où la recherche systématique des parasites végétaux permettra d'en montrer la fréquence.

UN CAS DE « MOLLUSCUM PENDULUM » GÉNÉRALISÉ OBSERVÉ CHEZ UN MALGACHE A TANANARIVE

Par **M. Fontoynont,**
Directeur de l'École de Médecine de Tananarive.

(Avec quatre figures dans le texte)

Les tumeurs malignes et bénignes de toutes catégories sont beaucoup moins fréquemment observées à Madagascar qu'en Europe, réserve faite pour les chéloïdes que font avec la plus grande facilité les Malgaches. Mais là, comme dans tous les pays nouvellement ouverts à la civilisation, il arrive souvent que les tumeurs sont particulièrement curieuses. C'est ainsi qu'il m'est arrivé outre le cas de molluscum pendulum généralisé qui fait l'objet de ce travail, de voir des molluscum pendulum de proportions vraiment anormales. Témoin le cas cité incidemment par moi dans les Annales provinciales de Chirurgie en 1903; celui d'une femme venue en 1898 à la consultation de l'hôpital indigène de Tananarive avec un énorme molluscum pendulum de la grande lèvre droite. Cette femme se plaignait de douleurs vagues et de toux. Voulant l'ausculter je levai l'étoffe dans laquelle elle se drapait et je découvris sous l'aisselle une volumineuse tumeur beaucoup plus grosse qu'une tête d'adulte, tumeur munie d'un pédicule. En suivant le pédicule de proche en proche j'arrivai jusqu'à la région vulvaire. Je reconnus alors un molluscum pendulum, ayant un pédicule de plus d'un mètre de long, tombant par conséquent jusqu'à terre et que cette femme par commodité portait sous son bras quand elle se promenait tandis qu'elle le mettait à côté d'elle lorsqu'elle prenait la position accroupie sur les talons, chère aux indigènes. Ce ne fut qu'après de longs pourparlers qu'elle consentit à se le laisser extirper.

L'observation qui suit est toute différente, c'est celle d'un homme porteur d'une infinité de molluscum presque tous sessiles, quelques-uns légèrement pédiculés et répartis sur toute la surface du corps.

Observation. — Rainisoatsaraotva, hova, habite Ampananina, District d'Ambohidratrimo, province de Tananarive. C'est un homme de soixante-dix ans jouissant d'excellente santé et ne paraissant pas son âge. Il est marié et père de plusieurs enfants bien portants.

Son aspect est extraordinairement bizarre. Il porte sur le corps une quantité innombrable de tumeurs presque toutes sessiles, quelques-unes plus ou moins péduculées. Il n'y a aucune région depuis les cheveux jusqu'à la plante des pieds qui en soit indemne.



Fig. 1 et 2.

En général, cependant, on peut dire que les tumeurs sont moins fréquentes dans toute la partie du corps située au-dessous du bassin.

De toutes les muqueuses, seule celle des lèvres en possède.

Ces tumeurs présentent les caractères des molluscum. En effet, à leur niveau la peau a conservé sa coloration normale mais elle est amincie. Elle est toutefois un peu moins foncée et quelque peu transparente au sommet des plus volumineuses. Certaines sont ridées et affaissées comme des grains de raisin en train de se dessécher. Leur indolence est absolue.

Leur volume varie depuis celui d'un grain de blé à celui d'un œuf de poule. Seules les grosses sont pédiculées. Toutes les autres sont sessiles.

Si on examine d'une façon plus attentive leur répartition, on constate que sur la partie inférieure du cou, sur tout le corps et sur tout l'abdomen, les molluscum sont extraordinairement nombreux, pressés les uns à côté des autres au point que sur le dos, par exemple, il est impossible d'apercevoir le moindre espace de peau saine et qu'une épingle ne saurait être piquée ailleurs que sur une tumeur.

Aux bras, les molluscum sont presque aussi nombreux mais ils diminuent de fréquence au fur et à mesure que l'on se rapproche des mains, ce qui permet de bien distinguer la conformation normale des doigts et des ongles. A peu près symétriquement sur chaque bras au niveau du V deltoïdien existe une tumeur pédiculée qui atteint la grosseur d'un petit œuf.

Sur le haut des cuisses les molluscum sont un peu moins nombreux mais tous plus volumineux que sur le corps. Ils sont en moyenne de la grosseur d'une noisette, quelques-uns atteignent celle d'une noix. Ils ont une tendance à être plus pédiculés. De même qu'aux bras et d'une façon encore plus nette, au fur et à mesure que l'on descend vers les pieds, on constate que le nombre des tumeurs décroît très sensiblement. Il est possible, sur les jambes, d'apercevoir de grands espaces de peau indemne de tumeurs et dans cette région on pourrait compter les tumeurs alors que sur le tronc et l'abdomen ce serait tout à fait impossible.

Pour se rendre compte approximativement du nombre des molluscum, nous avons essayé de compter, sur la face antérieure de l'un des bras seulement, le nombre des tumeurs et nous sommes arrivés au chiffre d'une centaine dans cette région où comparée à certaines autres, elles sont relativement clairsemées. On atteindrait donc certainement rien que sur le thorax, s'il était possible de faire une numération, un chiffre atteignant plusieurs milliers.

Quelques-uns des molluscum supportent eux-mêmes d'autres petits molluscum plus ou moins pédiculés. Les tumeurs sont en effet tellement rapprochées que lorsque l'une d'elles grossit quelque peu elle tend à soulever avec elle d'autres tumeurs juxtaposées. C'est à la région lombaire au point où se trouve une tumeur du volume environ du poing, la plus grosse de tout le corps que cette disposition est la plus manifeste.

Le cuir chevelu est rempli de molluscum qui ont poussé sans occasionner la chute de cheveux et il en est de même au niveau des joues et du menton où l'on peut voir émerger au milieu des poils une quantité innombrable de petites tumeurs.

Il en existe même dans la conque des oreilles et à l'entrée du conduit auditif.

Les lèvres en sont rembourrées, ce qui gêne quelque peu le malade pour manger mais n'occasionne aucune gêne pour parler.

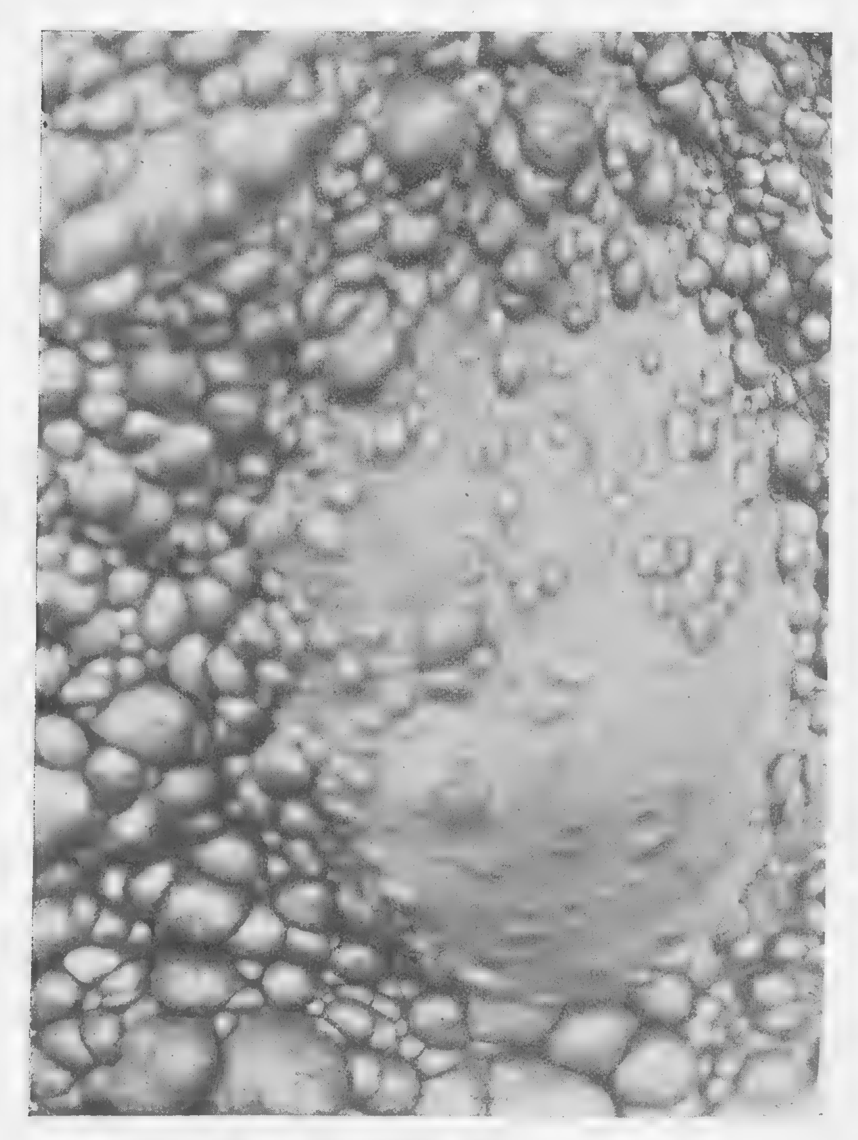


Fig. 3. — Région dorsale.

Les paupières au milieu de leur revêtement cutané en présentent, mais elles ne sont pas d'un volume assez grand pour empêcher les mouvements palpébraux.

Enfin, sur la face dorsale de la verge et sur les bourses on constate une série de petites tumeurs de la grosseur d'un pois.

Ces molluscum semblent avoir évolué lentement et depuis longtemps

rester à l'état stationnaire. Cependant au dire du malade ils deviendraient peu à peu encore plus nombreux et il paraît que des parties non atteintes il y a une dizaine d'années le sont maintenant. Le malade se rappelle avoir toujours eu des tumeurs mais il n'a pas pu dire s'il en avait ou non au moment de la naissance. J'inclinerais à croire qu'il en avait. Il faut tenir compte en effet de l'état mental d'orientaux pour qui la vérité ne doit jamais être dite de peur de se compromettre.



Fig. 4.

On ne constate en aucun point du corps de nævi pigmentaires ou sanguins.

Tel est ce cas intéressant qui semble dépasser même ceux où il a été constaté la plus grande quantité de molluscum. En effet, Chatelain

dans son précis iconographique des maladies de la peau cite les cas de Modrzewski et de T. Hashimato où les tumeurs ont été constatées au nombre de plusieurs centaines et de plusieurs milliers et le Pr Gaucher dans son traité des maladies de la peau cite comme un cas rare celui d'un malade observé en 1891 dans son service de l'Hôtel-Dieu annexe et portant sur toute la surface de son corps plus de deux cents molluscum.

Je ne crois pas être au-dessous de la vérité en affirmant que mon malade en présente au moins plusieurs dizaines de mille.

ÉTUDE DES LYMPHODERMIES ET DES MYÉLODERMIES (MANIFESTATIONS CUTANÉES DES ÉTATS LEUCÉMIQUES ET ALEUCÉMIQUES)

Par le Dr **A. Nanta,** ancien interne des Hôpitaux.

(Travail de la Clinique de l'Université de Toulouse [Pr Audry].)

Première partie.

I. — INTRODUCTION

Voici longtemps que nous connaissons la *leucémie cutanée* : il y a plus de 30 ans en effet que Biesiadecki en a publié la première observation (1876). Depuis plus longtemps encore on parle de lymphadénie cutanée. Pourtant si l'on cherche à préciser l'aspect de la leucémie et de la lymphadénie cutanées, on se heurte à des difficultés qui, au premier abord, sont insurmontables.

Un bref aperçu historique montrera quelles ont été les étapes de nos connaissances sur ce sujet, et quel en est l'état actuel.

Le premier terme paru dans la littérature dermatologique n'est pas celui de leucémie, mais bien celui de *lymphadénie cutanée,* appliqué à tort par Ranvier en 1869 au mycosis fongoïde, dont la description clinique datait de 1833 (Alibert). Il est hors de doute que pendant une série d'années, et jusqu'à ces derniers temps peut-être, la même confusion a été faite par nombre d'auteurs ; si bien qu'en lisant les observations publiées de 1870 à 1890 il est souvent difficile de discerner si elles se rapportent à la lymphadénie ou au mycosis. Cette première erreur en a entraîné d'autres et l'on est ainsi arrivé à étendre démesurément le domaine de la lymphadénie cutanée. A ce moment, on entendait par là toute espèce d'hyperplasie caractérisée par une infiltration de cellules blanches du sang disposée dans un réticulum « adénoïde » et l'on était d'ailleurs loin de définir ces cellules blanches avec la précision à laquelle nous a habitués l'hématologie moderne. Actuellement on réserve le terme de « lymphadénie » à l'hyperplasie diffuse du système lymphatique telle que nous la définirons plus loin.

Quant à la leucémie cutanée proprement dite, avant qu'on ne parle de ses lésions, Trousseau et Lauenstein en avaient signalé des exemples, mais sans en mesurer l'importance dermatologique. Aussi c'est bien Biesiadecki qui le premier a décrit l'affection, en racontant l'histoire d'un malade qui portait un certain nombre de petites tumeurs *leucémiques.*

Les rapports des leucémies avec la lymphadénie en général sont restés assez confus dans l'esprit des premiers observateurs, pour que pendant plusieurs années on décrive côte à côte les tumeurs leucémiques, le mycosis fongoïde, et les tumeurs lymphadénoïdes (les lymphadénomes) sous la même rubrique de lymphadénie, et sans que les caractères histologiques et cliniques de chacun de ces processus fussent précisés. Cohnheim ayant introduit le terme de pseudoleucémie, et signifié par là que la lymphadénie comprenait deux processus, l'un leucémique, l'autre pseudoleucémique (1), la terminologie et les conceptions des auteurs commencent à se dégager de la confusion primitive.

A l'étranger cependant apparaissent d'importants travaux.

En premier lieu, la conception française du mycosis fongoïde avait été rejetée : le mycosis en Allemagne et en Amérique était considéré comme étant de nature sarcomateuse (Köbner, Duhring, etc.).

Ensuite, en 1885, Kaposi avait décrit comme affection leucémique la *lymphodermie pernicieuse,* dénomination qui fut adoptée en France, mais appliquée à deux cas de mycosis (Besnier, Vidal). On considéra par suite la lymphodermie pernicieuse comme étant en réalité une affection mycosique.

Enfin quelques auteurs (Joseph, Wagner) avaient décrit le prurigo et l'urticaire pseudo-leucémiques, sans leur assigner de rapports avec les manifestations mycosiques.

En 1891, au Congrès des dermatologistes allemands, Arning communique le premier cas — croit-il — de tumeurs pseudoleucémiques cutanées ; et un certain nombre de manifestations leucémiques sont mentionnées par les congressistes.

En 1892 au Congrès international de Vienne, le sujet est mis à l'ordre du jour. Paltauf est chargé d'un rapport sur les néoformations lymphatiques de la peau. On connaît à ce moment les tumeurs leucémiques, et pseudoleucémiques, la lymphodermie de Kaposi, quelques dermatoses pseudoleucémiques ; et à côté de tout cela le mycosis fongoïde vient prendre la place que la clinique lui assigne.

A la suite de ces débats, un assez grand nombre d'observations furent publiées : on en trouvera le détail dans le tableau placé à la fin de cet article. Mais l'hématologie, qui somme toute est à la base du diagnostic en pareille matière, était encore trop imparfaite pour que les observations fussent complètes, et pour qu'aujourd'hui elles nous paraissent inattaquables.

Ce n'est qu'à la suite des travaux hématologiques d'Ehrlich vers 1899

(1) Pour Cohnheim est pseudoleucémique tout ce qui a l'aspect clinique de la leucémie, sans présenter la leucocythémie. Nous verrons plus loin qu'il convient de réserver le terme de pseudoleucémie (vraie, de Pinkus) aux lymphomatoses non leucémiqnes typiques, si l'on tient même à le conserver.

que l'on voit se multiplier les publications apportant la rigueur indispensable dans le diagnostic des affections de ce groupe.

On a remarqué d'une manière générale que le nombre des cas de leucémies avait augmenté à partir de ce moment. Il est en effet désormais facile aux cliniciens de découvrir les états leucémiques.

Les dermatologistes bénéficient dans une large mesure de ces facilités : le nombre de leurs cas augmente.

Mais du même coup les formes cliniques des manifestations cutanées se compliquent. On ne connaissait jusque-là que les tumeurs, les dermatoses prurigineuses et la lymphodermie de Kaposi — qui était toujours discutée et que l'on contestait davantage depuis que Besnier et Hallopeau avaient isolé l'érythrodermie prémycosique, 1892.

En 1902 notre maître le Pr Audry, réunissant sous le nom de *leucémides* les dermatoses prurigineuses et les exanthèmes vésiculeux, papuleux, etc., dont les observations étaient isolées dans la littérature, montre le lien qui les rattache aux leucémies. En 1904, Nicolau, à l'école de Jadassohn, distingue l'érythrodermie leucémique du pityriasis rubra de Hebra. Et dans les quelques années qui ont suivi, nous avons vu survenir, sous des rubriques déjà connues il est vrai, un grand nombre de formes morbides d'aspect très dissemblables.

Pendant ces quelques années la question des états leucémiques s'est progressivement compliquée de son côté. La leucémie aigüe et la lymphogranulomatose apparaissent, et les idées courantes sur le lymphosarcome, le chlorome, le myélome, la pseudo-leucémie sont modifiées profondément.

Enfin le mycosis fongoïde revient en question. Au point de vue clinique par la similitude des érythrodermies prémycosiques avec la lymphodermie pernicieuse et l'érythrodermie exfoliative leucémique, au point de vue hématologique par la publication des cas équivoques de Pelagatti, de Radaeli et de quelques autres encore, le problème des rapports du mycosis avec les dermopathies leucémiques se pose à nouveau.

Bref depuis quelques années les difficultés d'ordre dermatologique, d'ordre hématologique, et d'ordre nosologique se sont accumulées au sujet des affections cutanées leucémiques. On peut dire qu'actuellement c'est une des questions les plus délicates à mettre au point.

Bien des auteurs ont pourtant essayé d'en exposer au moins les termes. Nous citerons à cet égard Pinkus, Bettmann, Arndt, et Paltauf, qui a consacré à cette étude un important travail.

En possession de toutes ces données nous abordons à notre tour cette tâche : elle nous paraît devoir être grandement facilitée par la précision des renseignements que nous fournit l'hématologie. Une application rationnelle du criterium tiré de la formule hématologique doit, en effet, nous mettre à même d'éviter bien des incertitudes dans l'appré-

ciation des affections cutanées de nature leucémique ou para-leucémique.

Avant d'entrer dans la description des lésions cutanées nous exposerons donc brièvement l'état actuel de nos connaissances sur les maladies du système hématopoiétique, c'est-à-dire sur les *lymphomatoses* et les *myélomatoses*. Nous décrirons ensuite les affections cutanées qui viennent compliquer ces maladies et que pour cette raison nous nommons *lymphodermies* et *myélodermies*. Dans un article ultérieur nous envisagerons les lésions au point de vue histologique et nous tâcherons d'établir la signification nosologique de ces dermopathies par rapport à celles que nous avons mentionnées au cours de cet aperçu.

II. — LYMPHOMATOSES ET MYÉLOMATOSES

La division qu'Ehrlich avait établie entre les formes lymphoïde et myéloïde des leucémies, n'est plus suffisante aujourd'hui.

On sait que les leucémies sont des maladies hyperplasiques du système hématopoiétique qui s'accompagnent de *leucocythémie* (lymphémie ou myélémie). Mais on sait encore que la leucocythémie est un phénomène secondaire à l'hyperplasie des organes générateurs, que les éléments blancs formés en excès peuvent ne pas être déversés dans la circulation. Il y a donc des états *aleucémiques*.

On a une preuve nette de l'identité des hyperplasies leucémiques et aleucémiques dans ce fait, qu'une forme restée longtemps aleucémique peut devenir leucémique et inversement.

Considérant donc que l'hyperplasie des centres formateurs constituait *essentiellement* la maladie, la leucocythémie étant un phénomène contingent, une série d'hématologistes autorisés ont convenu assez récemment de donner aux deux groupes des affections leucémiques respectivement le nom de lymphomatoses et de myélomatoses (Turck, Pappenheim, Ménétrier, Clerc, etc.).

Chacun de ces groupes se subdivise à son tour en plusieurs formes, suivant l'état leucémique ou aleucémique du sang, suivant la localisation ou la généralisation des lésions, et suivant l'état typique ou atypique de la morphologie cellulaire.

Nous reproduisons ci-dessous la division de Grawitz, légèrement modifiée et commentée.

1° Lymphomatose.

A. Hyperplasies typiques.

a) Généralisées. — 1. *Leucémiques*. — C'est la leucémie lympha-

tique banale avec hypertrophie des ganglions, de la rate, du foie, du thymus, etc., et leucocythémie allant de 100 000 à 4 et 500 000 globules blancs dont 50 à 90 pour 100 sont des lymphocytes vrais ou de grands lymphocytes d'Ehrlich (voir plus loin). La maladie dans la forme chronique dure de 2 à 4 et 6 ans. Il y a une forme aiguë dont l'évolution dure de quelques semaines à quelques mois, et qui hématologiquement est caractérisée par l'abondance des grands lymphocytes (lymphoblastes).

2. *Subleucémiques* (lymphocythémie aleucémique de Vaquez et Ribierre). — L'évolution de la maladie et l'histologie des tissus sont les mêmes que dans les formes leucémiques. Il y a une lymphocytose absolue légère (20 à 30 000) et relative (qui varie de 50 à 90 pour 100 globules blancs). Dans les formes aleucémiques, il n'y a même pas de lymphocytose relative.

b) Localisées (à prédominance locale). — L'évolution de la maladie est la même que précédemment, à peu de chose près ; toutefois l'allure clinique est particulière suivant l'organe qui paraît seul lésé. Il y a généralement subleucémie ou aleucémie.

1. Forme ganglionnaire : c'est le lymphadénome des chirurgiens ;

2. Forme médullaire : il y a une anémie très marquée ;

3. Forme splénique (Aubertin), qu'il ne faut pas confondre avec le splénome de Ménétrier ;

4. Forme cutanée : si son existence était démontrée d'une manière irrécusable elle constituerait la *lymphadénie cutanée* ou le *lymphadénome primitif de la peau*.

B. Hyperplasies métatypiques ou atypiques (néoplasies).

a) Localisées. — *Lymphosarcome de Kundrat-Paltauf*, tumeur ganglionnaire maligne, ayant tendance à l'envahissement régional, aleucémique (polynucléose légère parfois).

b) Généralisée. — Il existe aussi une *lymphosarcomatose* diffuse qui se généralise au système hématopoïétique. Le *chlorolymphosarcome* (chlorome ou cancer vert d'Aran) se comporte comme une néoplasie très maligne, cachectisante, affectant surtout les os du crâne et disséminant partout des tumeurs vertes.

Le *chlorome* est caractérisé par la couleur verte des tissus et par son évolution maligne (Clerc admet dans sa classification un chlorolymphome typique). Mais au point de vue hématologique il n'a pour ainsi dire pas de caractères spéciaux : on trouve toutes les variétés lymphoïdes et myéloïdes. En ce qui concerne le chlorolymphosarcome il y a des formes leucémiques à lymphocytes, à macro-lymphocytes ou à cellules atypiques ; il y a des formes aleucémiques qui sont analogues à la lymphosarcomatose.

2° Myélomatoses.

A. Hyperplasies typiques leucémiques.

C'est la leucémie myéloïde banale, à rate énorme, sans ganglions avec 100 000, 900 000 globules blancs et davantage, dont le plus grand nombre sont granuleux.

Les formes subleucémiques sont discutées.

La forme aiguë est caractérisée hématologiquement par l'abondance d'éléments jeunes, identiques au grand lymphocyte (myéloblaste).

B. Hyperplasies atypiques (néoplasies).

a) Localisées. — Myélome (aleucémique).

b) Généralisées. — *Myélomatose multiple de Kahler,* et *chloromyélosarcome,* leucémique ou aleucémique.

Les formes leucémiques donnent une formule sanguine composée de myélocytes, de macrolymphocytes (myéloblastes), de cellules atypiques (cellules de Rieder, etc.) ou de plasmazellen (Hirschfeld, 1910) (1).

A la suite de ces processus on peut mentionner ceux-ci qui ne rentrent point à proprement parler dans les états leucémiques :

1. *La lymphogranulomatose de Paltauf-Sternberg* (lymphomatose granulomateuse), hyperplasie granulomateuse étendue aux ganglions, à la rate, au foie, etc., sans leucémie, ou avec une leucocytose à neutrophiles qui peut aller jusqu'à 60 000 globules blancs. La nature de la maladie est tuberculeuse, syphilitique ou indéterminée.

Les auteurs français paraissent admettre que l'apparence granulomateuse est due à une infection quelconque surajoutée à un processus néoplasique aleucémique.

2. *L'endothéliomatose diffuse* (analogue à la splénomégalie de Gaucher généralisée au système hématopoiétique) aleucémique, et familiale, survenant dans le jeune âge.

3. La maladie de Banti : hypertrophie et sclérose de la rate avec anémie (et leucopénie), qui peut figurer ici en attendant que l'on soit éclairé sur sa véritable signification nosologique.

L'adénie de Trousseau, maladie de Hodgkin ou pseudoleucémie de Cohnheim, doit être répartie entre divers groupes. Ce sont là des termes qui n'ont plus de signification anatomique ni clinique précise. Ils désignent l'hyperplasie aleucémique ou subleucémique du système lymphatique. Les cas qui sont étiquetés comme tels appartiennent soit aux lymphomatoses subleucémiques ou aleucémiques, aiguës ou chroniques, soit au lymphosarcome de Kundrat, soit à lymphogranulomatose de Paltauf-Sternberg ; il est facile dans certains cas, difficile ou impossible dans d'autres cas, faute de documents, de s'en rendre compte. Les auteurs allemands ont tendance à les

(1) Nous pourrions donner ici la définition de la lymphadémie, en disant qu'elle comprend toutes les lymphomatoses et myélomatoses précitées (V. Clerc, *Presse médicale,* 1910), si l'on pouvait la définir sans risquer de se contredire.

compter presque tous à l'actif de la granulomatose, et ils désignent ce nouveau groupe sous le nom de maladie de Hodgkin ou de *granulomatose maligne de Hodgkin.*

Sternberg a groupé dans la *leucosarcomatose* les cas de leucémie qui présentent une prolifération atypique et une leucémie à éléments atypiques : il réunit ainsi lymphosarcomes, chlorolymphomes, chloromyélomes, leucémies aiguës atypiques, etc. La plupart des hématologistes n'ont pas accepté ce groupement.

L'anémie pseudoleucémique (infantile ou non) doit sans doute être répartie entre plusieurs états (Grawitz) : *a*) les anémies pernicieuses ; *b*) les leucémies myéloïdes frustes, ou hyperplasies subleucémiques ; *c*) des états indéterminés qui provoquent indirectement des lésions spléniques.

Nous ne parlerons pas de la *maladie de Vaquez* (polyglobulie, polycythémie, ou érythrémie), encore qu'elle présente des signes cutanés importants (cyanose ou plutôt rougeur diffuse), pas plus que nous ne parlerons des anémies en général.

Nous signalons enfin le terme de *leucanémie* (Leube) qui pour la plupart des hématologistes désigne un symptôme (association de leucémie et d'anémie) et non une maladie autonome.

Des lésions cutanées ont été rencontrées :

a) Dans toutes les lymphomatoses suivantes : leucémies lymphatiques aiguës et chroniques, leucémiques, subleucémiques ou aleucémiques (dans les formes diffuses aussi bien que dans les formes localisées) ; lymphosarcomes et chlorolymphosarcomes.

b) Dans le chloromyélome et le myélome, où elles paraissent fréquentes. Elles ont permis dans un cas de chlorome de porter un diagnostic qui jusqu'alors n'avait été porté qu'à l'autopsie (Hitschmann).

c) Dans la leucémie myéloïde chronique (Bruusgaard, Lian) où elles sont rares mais indiscutables, et dans la leucémie aiguë myléoïde (Rolleston et Fox).

d) Dans la lymphogranulomatose (lymphogranulomatosis cutis de Gross), dans l'anémie pseudo-leucémique infantile, et la maladie de Banti.

Le dermatologiste doit donc reconnaître des maladies caractérisées par des lésions diffuses ou localisées du système hématopoiétique. Lorsqu'il y a leucémie le diagnostic est facile : encore faut-il réserver les cas dans lesquels l'examen du sang a donné une formule qui n'est pas identique à la cytologie des infiltrations cutanées. Ces cas seront discutés ultérieurement, nous ne les mentionnons ici qu'en passant.

Lorsqu'il y a subleucémie ou aleucémie, il peut s'agir de formes typiques mais frustes, ou de formes atypiques. Parmi ces dernières, les seules qui prêtent à discussion, on trouve : des lymphosarcomes, des chloromes, des leucémies aiguës (à macrolymphocytes), des lymphomatoses aleucémiques (que les auteurs appellent presque toujours des

pseudo-leucémies), des anémies pseudo-leucémiques, et des lymphogranulomatoses.

Nous savons que ces formes existent, nous acceptons donc provisoirement les observations qui peuvent s'y rapporter.

Il ne nous reste plus, avant de terminer notre chapitre hématologique, qu'à énumérer rapidement *les éléments cellulaires* du sang leucémique, afin d'en fixer la terminologie, et surtout afin de pouvoir les comparer aux éléments qu'on rencontre dans la cytologie des lésions cutanées.

Cytologie du sang.

Petit lymphocyte (lymphocyte vrai d'Ehrlich). — Élément petit, à gros noyau très coloré, à mince bordure protoplasmique basophile (lorsque l'on emploie un mélange de colorants acide et basique).

Mononucléaire moyen (lymphocyte leucocytoïde de Pappenheim). — Même aspect que le lymphocyte précédent, mais protoplasma plus large renfermant quelques corpuscules irréguliers azurophiles.

Grand mononucléaire (lympholeucocyte de Pappenheim). — Gros élément très pâle, noyau volumineux, à peine coloré, légèrement irrégulier, protoplasma à peine basophile.

Grand lymphocyte (macrolymphocyte, lymphoïdocyte, cellule souche, *lymphoblaste,* etc.). — Gros élément à noyau énorme, rond, pâle, à très mince bordure protoplasmique plus basophile que le noyau.

Le myéloblaste (orthobasophile de Dominici) est tout voisin du grand lymphocyte ; il aurait un noyau plus petit et un protoplasma plus irrégulièrement basophile.

Myélocytes granuleux. — Éléments mononucléés à protoplasma assez large renfermant irrégulièrement (promyélocyte) ou régulièrement des granulations éosinophiles, neutrophiles, ou basophiles (mastzelle du sang).

Leucocytes polynucléaires (à noyau polymorphe ou lobé). — Protoplasma renfermant des granulations neutro-, éosino-, ou basophiles.

Plasmazelle. — Élément de taille variable ; noyau rond, excentrique, possédant un réseau chromatinien disposé en roue ou en damier ; le protoplasma étendu, très basophile renferme un appareil centrosomique et mitochondrial.

La cellule de Türk a les caractères d'une grande plasmazelle : elle a un grand protoplasma basophile et un noyau excentrique.

Formes atypiques. — *a*) *Cellules de Rieder* : éléments mononucléés à protoplasma basophile, à noyau fortement coloré, irrégulier ou polymorphe. D'après Pappenheim, elles proviennent des diverses formes d'éléments blancs mononucléés, à évolution déviée, et atteints de sénilité précoce ;

b) Cellules dont le cytoplasme et le noyau n'ont pas évolué parallèlement : corps cellulaire jeune, agranuleux, noyau à caractère adulte ou sénile, etc. Exemple : cellules de la leucosarcomatose de Sternberg ;

c) Corps cellulaires très volumineux avec un noyau d'aspect jeune ; ou au contraire, corps cellulaire très réduit avec un noyau d'aspect adulte ou sénile.

III. — CLASSIFICATION

Pour établir la classification des dermopathies leucémiques nous n'avons nullement besoin de rappeler la variété de leucémie à laquelle se rapporte chaque cas dermatologique, car la formule hématologique est absolument indifférente à l'aspect des lésions cutanées. Les tumeurs, les érythrodermies se rencontrent dans n'importe quelle leucémie avec les mêmes caractères. Il n'y a qu'une exception à cette règle : les tumeurs cutanées du chlorome sont seules vertes.

Nous ne pensons pas qu'on doive comme Hazen ou Bosellini décrire séparément des affections au cours de la leucémie lymphatique, au cours de la pseudo-leucémie, etc.

La plupart des auteurs allemands divisent les manifestations cutanées : 1° En néoformations de nature leucémique ; 2° En dermatoses évoluant chez des leucémiques suivant que l'examen histologique du tissu malade montre ou ne montre pas des lésions spécifiques.

Pinkus ajoute pourtant à ces deux groupes anatomiques un troisième groupe représenté par le type clinique de la lymphodermie pernicieuse.

Il nous semble qu'une telle classification *anatomique* est passible de plusieurs objections.

La première est que nous ne sommes pas arrivés à établir d'une manière définitive, faute de documents et faute d'observations détaillées, la relation qui existe entre les formes cliniques et leur structure histologique. Nous ne savons pas encore si par exemple toutes les érythrodermies ont une structure histologique identique.

La seconde objection est que le deuxième groupe de la classification allemande réunit toute une série d'affections qu'on peut avec M. Audry dénommer « *leucémides* » en raison de leurs caractères cliniques, mais que ces leucémides ont une structure tantôt banale et tantôt spécifique (lymphomateuse). On groupe donc sous une désignation anatomique des lésions qui anatomiquement sont différentes.

Pour ces raisons nous ne pouvons adopter une classification anatomique, et nous estimons qu'actuellement il faut se borner à grouper les affections leucémiques suivant leur aspect morphologique. Les notions histologiques et pathogéniques que nous possédons sur la leucémie cutanée sont en somme trop incertaines pour que nous ne nous contentions pas d'une simple description clinique.

Nous étudierons donc séparément :

1. Les tumeurs ;
2. Les infiltrations diffuses ;
3. Les érythrodermies ;

4. Les exanthèmes bulleux, vésiculeux, urticariens, prurigineux, etc. (Leucémides);

5. Les troubles cutanés généraux de pigmentation de sécrétion sudorale, etc.

C'est là un exposé purement morphologique. Nous nous hâtons de dire qu'il ne prétend pas décrire, dans la plupart des cas, de véritables types cliniques. Ce n'est qu'après avoir vu l'aspect des lésions élémentaires que nous pourrions, en citant les observations les plus nettes, voir comment ces lésions se combinent pour former des types cliniques. Mais il faudrait reproduire la plupart des observations pour se rendre compte de l'extraordinaire variété des manifestations leucémiques. On rencontre en effet des tumeurs isolées (à type de lymphadénome circonscrit), des tumeurs multiples disséminées (à type de sarcomatose cutanée); des érythrodermies exfoliatives généralisées ; des érythrodermies avec infiltrations à type de lymphodermie pernicieuse de Kaposi; des infiltrations massives d'aspect éléphantiasique aux membres, d'aspect léontiasique à la face; des érythèmes bulleux à type de pemphigus ; des exanthèmes à type d'eczéma humide ; des exanthèmes papulo-vésiculeux, papulo-croûteux, vésiculeux, à type de prurigo, d'érythème polymorphe, etc.

IV. — DESCRIPTION

1. *Les tumeurs.* — Elles sont de taille variable, depuis celle d'une lentille (174) jusqu'à celle d'une pomme (80, 107), hémisphériques ou ovalaires, régulières ; lorsqu'elles sont confluentes les sillons de séparation leur donnent un aspect bosselé (132) ; elles sont parfois circonscrites, parfois mal délimitées sur la peau voisine, à peine saillantes ; rouges (36), violacées (159), noirâtres (167), bleu foncé (9), acajou (98), bistre foncé ; distendant l'épiderme qui est luisant, lisse, ponctué dans certains cas par des points jaunâtres qui correspondent aux follicules pileux et aux glandes sébacées oblitérées. Il y a quelquefois une légère desquamation furfuracée (9) ; on aperçoit par transparence de fines arborisations vasculaires (157).

Les tumeurs sont mobilisables avec la peau sauf lorsqu'elles s'infiltrent profondément. Leur consistance est souvent demi-molle, mais elle peut être élastique et même, si les tumeurs sont petites, dure (180); elles sont presque toujours indolores, même à la pression (Kreibich, Pinkus en ont vu qui étaient douloureuses).

Elles siègent avec prédilection à la figure, sur les joues, sur le front le nez, le lobule de l'oreille, les paupières et le cuir chevelu, mais aussi sur tout le corps indifféremment. Elles peuvent être symétriques

(Hochheim). Lorsqu'elles sont grosses elles sont peu nombreuses et même uniques ; petites, elles criblent le corps de nodules (167, 88). Sur un même individu on peut voir une infinité de nodules disséminés et quelques gros noyaux confluents. Mais en général elles revêtent le même aspect et ne se combinent qu'avec des éruptions d'un genre différent.

On a signalé des nodules hémisphériques, lenticulaires, de consistance variable, transparents comme des nodules lupiques (179).

Lorsqu'elles sont confluentes, à peine saillantes et très étalées les tumeurs forment des placards qui offrent une transition avec la forme suivante (30).

L'ulcération vient quelquefois creuser un cratère au centre des tumeurs, cratère qui s'élargit progressivement mais qui manifeste une tendance à la réparation (137).

2. *Infiltration diffuse.* — Ici ce sont de larges surfaces qui sont envahies par un empâtement épais, cutané et sous-cutané. C'est par exemple le bras ou l'avant-bras, dont le volume est doublé; les doigts sont boudinés, les mouvements en sont impossibles (180). Le visage est énorme et prend un aspect léontiasique (157); la tuméfaction ganglionnaire du cou vient accentuer encore la difformité.

La peau est tendue, lisse, quelquefois parsemée de granulations, luisante ; il y a peu de desquamation ; la couleur est violacée, bleuâtre. L'ensemble peut donner un aspect de sclérodermie, mais de coloration assez sombre, et à surface légèrement mamelonnée.

L'œdème local peut se surajouter à cette forme d'infiltration, œdème par stase veineuse si les veines du bras par exemple sont comprimées à leur entrée dans le médiastin par de grosses masses ganglionnaires.

Cette tuméfaction diffuse ne va jamais jusqu'à l'œdème dur et douloureux, inflammatoire, qui a été rencontré dans la lymphogranulamateuse.

3. *Erythrodermies* (70, 138, 151, 164, 173, 189, 201, 205). — L'infiltration est alors plus diffuse, universelle, répartie sur tout le corps, ou sur de très vastes surfaces, mais elle est à peine marquée en épaisseur. La peau est simplement épaissie, elle se laisse plisser, elle forme même des plis spontanés par exagération des sillons de flexion. Elle est sèche, légèrement brillante, et rouge écarlate.

L'épiderme subit des altérations variables. Dans des cas qui sont décrits comme des érythrodermies exfoliatives généralisées, il desquame par petites écailles fines et sèches qui se reproduisent incessamment. Les poils et les cheveux tombent, ou sont cassants. Dans d'autres cas, où l'erythrodermie est plus localisée, l'aspect de la peau est celui d'un eczéma, avec vésicules, avec crevasses et suintement. Parfois l'épiderme se déchire sur de larges bandes et s'exfolie, le derme apparaît à nu (204).

En général il y a du prurit et ces formes sont tout à fait particulières comme évolution.

La rougeur et la desquamation peuvent être circonscrites à des placards nets, circulaires, disséminés comme un psoriasis (129), ou serpigineux (77) comme certaines syphilides. Les squames sont alors plus épaisses et par le grattage on arrive sur une surface lisse, luisante, rouge vif, qui ne donne pas de piqueté hémorragique. Les squames se reforment lentement au bout de plusieurs jours.

Si l'érythrodermie manque (forme rare) il y a une simple exfoliation, et entre ce type et l'érythème bulleux que voici il y a de grands rapports (117).

Cet érythème bulleux est formé de larges bulles pleines de liquide, qui crèvent en laissant des débris d'épiderme qui s'exfolient ; sorte de pemphigus.

4. *Leucémides.* — Nous entendons par leucémides toutes les éruptions disséminées à petits éléments, à bulles, vésicules, papules, macules, etc. ... qu'on rencontre chez les leucémiques et qui ne rentrent point dans les descriptions précédentes.

a) Les bulles sont assez rares, par leur taille elles forment transition entre les leucémides et les autres lésions. Plus souvent il existe des vésicules, soit très fines (2) soit lenticulaires (127, 181), rarement confluentes, presque toujours isolées, coexistant dans de nombreux cas avec d'autres éruptions.

Elles ont un contenu séreux, séropurulent ou hémorragique, ce qui est fréquent. Elles peuvent se disséminer sur un placard rouge, diffus, éczématiforme.

b) *Papules.* — Entre les nodules saillants qui sont déjà des tumeurs miliaires et les petits nodules plats papuleux il y a toutes les transitions. On trouve des nodules intermédiaires aux deux formes, qui sont hémisphériques ou aplatis, comme de grosses papules de lichen, relativement saillants, d'ailleurs clairsemés et enchâssés dans le derme, quelquefois surmontés de vésicules, de croûtes, ou de squames.

Il y a des papules de toutes tailles et de toutes couleurs. Nous ne saurions mieux faire pour les décrire que de rapporter qu'on les a comparées à des papules de prurigo (il y a effectivement du prurigo) (44), de lichen plan, de purpura papuleux, de syphilides secondaires, etc.

c) *L'urticaire* est une des éruptions les plus fréquentes. Elle apparaît par crises plus ou moins durables, et avec une intensité variable ; mais dans la plupart des cas, il s'agit d'urticaire persistante, avec lésions de grattage accentuées, coexistant avec d'autres éruptions, avec une pyodermite, des hémorragies cutanées. On a signalé aussi l'urticaire pigmentée (Polland).

d) Les macules, les rougeurs diffuses apparaissent souvent au début comme premier stade de toutes les autres lésions.

5. *Les pigmentations* sont fréquentes. Elles sont consécutives chez certains malades, à la médication arsenicale qui est si souvent employée (Schlesinger) ; chez d'autres à des radiodermites ; chez d'autres encore aux hémorragies spontanées, ou aux lésions de grattage. Elles peuvent relever aussi d'une autre origine : c'est alors une sorte de mélanodermie addisonienne (Neusser) si la surrénale ou le sympathique abdominal sont comprimés par des masses ganglionnaires rétropéritonéales ; c'est encore une mélanodermie d'origine inconnue, couleur de bronze, à placards irréguliers (Hazen).

Il y a des *troubles de sudation* fréquents : exagération des sueurs (Wunderlich, Rosenstein) ou au contraire absence de sécrétion sudorale, qui peut entraîner l'état parcheminé de la peau (Müller).

D'une manière générale la peau des leucémiques est sèche, squameuse, ridée, plissée par l'amaigrissement, de couleur terreuse, voire subictérique (le foie est souvent leucémique), les cicatrices sont fortement pigmentées.

Au niveau des lésions les poils et les cheveux tombent ou sont cassants. Nous verrons que l'infiltration est prédominante autour des follicules pileux et des glandes sudoripares. Mais on a signalé la persistance des poils et même du duvet (Arning et Hensel). On a vu enfin (Morelle) une sorte de folliculite tenace, ou d'acné durable (Grawitz). Les lésions des ongles ne sont signalées que dans les observations de Linser et de Arndt.

V. — CARACTÈRES GÉNÉRAUX. ÉVOLUTION DES LÉSIONS

La description des formes cliniques peut seule montrer comment les diverses lésions se combinent et quelle est leur évolution. Mais dès maintenant on peut indiquer quels en sont les caractères généraux.

Elles ont, d'une manière générale, l'évolution de la leucémie qui les provoque : aiguës si la leucémie est aiguë, chroniques si la leucémie est chronique. Mais elles ont rarement les fluctuations des leucémies : une fois installées elles régressent rarement, et subissent peu de rémission, sauf quelques formes très mobiles (purpura, urticaire, éruptions à type d'eczéma).

Si ces tumeurs se résorbent parfois, c'est au début de la maladie ; ensuite, elles sont très tenaces. Ce n'est que la cachexie, la diarrhée profuse, les pyrexies intercurrentes qui peuvent en provoquer la diminution ou la disparition (pneumonie, érysipèle, choléra, etc.). Les érythrodermies, le prurigo sont à peu près ininterrompus.

Si la maladie est chronique on voit donc ces lésions pendant des mois et des années. Kreibich a notamment présenté un cas qui a duré plus de 5 ans et demi.

Les tumeurs s'accroissent lentement mais leur accroissement n'est pas indéfini : elles appartiennent surtout à des lymphomatoses, elles n'ont pas l'allure de tumeurs malignes, bien que leur expansion puisse être rapide. Elles s'ulcèrent rarement (Nicolau, Pinkus, Kelsch et Vaillard, etc.), et sans doute plutôt par suite de l'éclatement de l'épiderme et de l'infection surajoutée que par suite d'une destruction véritable. Les pertes de substance peuvent se réparer. Il est étonnant d'ailleurs de ne pas voir plus souvent d'ulcération, étant donné que la peau de leucémiques paraît prédisposée à la nécrose. C'est ainsi que l'ulcération spontanée de la peau au cours de la leucémie aiguë a été signalée par Askanazy ; Fleischer et Leube ont observé une nécrose foudroyante à la suite de l'application d'un vésicatoire, Benda au niveau des taches purpuriques. Spiegler a vu un cas de gangrène zostérienne chez une leucémique.

Comment se comportent les infiltrations vis-à-vis de l'infection ? On sait que les leucocytes polynucléaires au cours de la leucémie ont conservé leur pouvoir phagocytaire (Achard, Ramond et Foix), ce qui est conforme à la nature hyperplasique du processus leucémique. Effectivement malgré la fréquence des lésions de grattage, les complications septiques ne paraissent pas très nombreuses. Les pustules, les abcès ne sont pas rares, mais seul Hanot a prétendu que les leucémiques étaient très sujets à l'érysipèle. Les infections buccales provoquent facilement la gangrène des gencives hypertrophiées, mais le milieu est ici particulièrement septique, et l'on ne saurait en tirer de conclusion pour la peau.

En revanche les hémorragies sont très fréquentes. Le purpura, et l'hémorragie sous-cutanée en nappe font partie intégrante des symptômes des leucémies. Nous ne les étudions pas, car ce sont des signes vulgaires des leucémies. Mentionnons seulement qu'on voit du purpura papuleux, des vésicules et des bulles à contenu hémorragique et des lésions qui sont un étrange amalgame de globules rouges et blancs (cf. le cas de Juliusberg).

Lorsque les tumeurs disparaissent ou diminuent, on peut voir la leucémie augmenter (Linser) comme si leurs éléments blancs se déversaient dans le sang. Elles disparaissent parfois en même temps que la leucocythémie — sous la même influence générale, une pyrexie par exemple — ; il est alors fort difficile au médecin qui ne constate plus aucun symptôme de songer à une leucémie.

La disparition peut en effet être complète : il ne persiste pas de cicatrices. Dans d'autres cas il y a, au contraire, des cicatrices qui sont souvent pigmentées, souvent atrophiques (Rusch). Cette atrophie est assez compréhensible : elle ne paraît pas différer du processus de sclérose qui est l'aboutissant de la leucémie myéloïde et qu'on rencontre si souvent dans la rate, la moelle osseuse, les ganglions et le foie.

Quant aux leucémides, s'il en est de durables il en est aussi de fugaces, qui paraissent à peine quelques semaines et disparaissent ensuite sans laisser de traces. Dans bon nombre d'observations on voit toutefois qu'elles laissent des pigmentations — par suite des hémorragies qui s'étaient faites au cours de l'exanthème; et l'on peut voir côte à côte, s'il y a des poussées éruptives successives, toutes les phases de l'évolution (Rusch, Afzélius).

Date d'apparition. — A quel moment de la maladie générale surviennent les dermopathies ?

Elles surviennent à tout moment : tantôt au début, tantôt au cours des leucémies chroniques, dans une poussée aiguë, ou tout à la fin, dans la période de cachexie. Elles apparaissent après la tuméfaction de tel ou tel groupe ganglionnaire, après la tuméfaction splénique, le plus souvent chez une leucémie confirmée. Néanmoins on en voit qui précèdent l'apparition des modifications sanguines (Wende), même dans les formes malignes où il semblerait que les foyers cutanés sont d'origine métastatique (cas de Hitschmann, chlorome). On en voit aussi qui devancent l'adénopathie ou la splénomégalie. Nous savons d'ailleurs qu'il y a des lymphomatoses à prédominance locale ne se manifestant cliniquement que par l'hypertrophie d'un organe hématopoiétique (rate, thymus, groupe ganglionnaire). Si les signes déterminés par cette hypertrophie viscérale sont assez légers pour passer inaperçus au premier abord à un observateur non prévenu, l'affection cutanée peut paraître, non seulement la première en date, mais encore indépendante de toute cause viscérale. Il arrive même que l'organe hématopoiétique lésé reste caché malgré un examen minutieux, et ne soit décelé qu'à l'autopsie. Pour cette raison il est toujours difficile d'affirmer qu'un lymphome cutané est primitif. Nous n'en avons pas trouvé d'observation probante : mais rien ne s'oppose à ce qu'il puisse en être ainsi.

En tout cas, cliniquement on voit les manifestations cutanées les plus diverses (tumeurs, érythrodermies, prurigo, etc.) isolées, précéder parfois de longtemps la tuméfaction ganglionnaire, ou l'hypertrophie de la rate. Kaposi paraît l'admettre pour sa lymphodermie pernicieuse. Et dans des cas à la vérité d'une interprétation douteuse, les auteurs ont prétendu que l'adénopathie, — que la lymphadénie même en tant que maladie — était secondaire à l'affection cutanée, qui, elle, ne serait pas de nature lymphadénique (Peter).

On sait par de nombreux exemples, dont le plus démonstratif est celui de Blaschko, que le prurigo (lymphadénique, de Dubreuilh) est consécutif aux hypertrophies ganglionnaires et qu'il apparaît immédiatement après elles ou en même temps qu'elles.

Nous avons exposé les aspects des lésions cutanées. Il faut avouer que sauf pour quelques-unes d'entre elles, l'aspect n'est nullement ca-

ractéristique, et qu'il serait difficile au dermatologiste le plus prévenu de faire un diagnostic exact, même après une longue observation.

Mais si les lésions isolément n'ont pas de caractères qui les distinguent d'autres lésions, leur groupement, leur combinaison, et les signes de la maladie générale surtout sont assez nets. Il y a cent variétés d'états leucémiques, cent lésions leucémiques de la peau : donc un nombre infini d'aspects morbides. On conviendra pourtant que les types cliniques qui sont décrits par les auteurs sont assez précis pour être reconnaissables.

Il nous apparaît donc qu'un des grands caractères cutanés est la *polymorphie des éruptions leucémiques.*

Il y a mille sortes de lésions tuberculeuses et syphilitiques ; par exemple pour la tuberculose : la tuberculose ulcéreuse, le lupus vulgaire, le lupus érythémateux, la tuberculose verruqueuse, les lupoïdes miliaires, les tuberculides papulonécrotiques, l'érythème induré de Bazin, etc..... mais on ne trouve guère qu'une de ces formes chez le même sujet. Chez un leucémique on trouve deux, trois, quatre variétés de lésions. Et cette polymorphie est un excellent signe de diagnostic (Finger).

Si l'on ajoute à cela que ces manifestations se produisent après l'apparition, dans la majorité des cas, de signes viscéraux et généraux importants, avec de grosses tuméfactions ganglionnaires, du ballonnement du ventre, une tumeur splénique, de la fièvre, de l'amaigrissement, des œdèmes, des hémorragies multiples, on conclura que le diagnostic est somme toute plus facile que la description schématique que nous avons donnée ne le fait prévoir.

(A suivre.)

REVUE DE DERMATOLOGIE

Acné.

Acné iodique généralisé et exanthème iodique maculeux après trois applications de teinture d'iode recouverte de toile gommée (Generalisierte Iodakne und makulöes Iodexanthem nach dreimaliger Anwendung von Iodlinktur und Bedecken der eingepinselten Stellen mit Wachstuch), par MENAHEM HODARA. *Dermatologische Wochenschrift,* 9 mars 1912, nº 10, p. 286.

Un arthritique de 67 ans qui n'avait jamais employé l'iode ni intus ni extra, reçut 3 badigeonnages de teinture d'iode qui furent recouverts d'imperméable. Peu de jours après survint une éruption composée de nodules acnéiformes et de taches rondes ou ovales d'érythème maculeux. Le diagnostic de varioloïde ou de varicelle est soigneusement éliminé (absence de fièvre, de cicatrices).

Ultérieurement quelques éléments ont évolué sous forme papulo-tuberculeuse. PELLIER.

Traitement de l'acné vulgaire par les courants de haute fréquence (Oudin) (Die Behandlung der Acne vulgaris mit hohen Frequenzströmen (Oudin), par HERZFELD. *Dermatologisches Centralblatt,* 1912, nº 6, p. 165.

H. applique des courants d'intensité moyenne ou faible, jusqu'à production d'un érythème léger. Il fait 2 applications par semaine et obtient d'excellents résultats. Ch. AUDRY.

Actinomycose.

Sur un cas d'actinomycose. Inoculation prise sur le fait, par SCHWARTZ. *Bulletin de l'Académie de médecine,* 17 janvier 1911, p. 54.

Homme de 71 ans, cultivateur ; atteint d'actinomycose de la joue gauche ; six semaines auparavant, s'étant couché dans l'herbe, il avait ressenti à la joue gauche une douleur très vive qu'il attribua à une mouche et n'y avait pas fait autrement attention. Après ablation de la tumeur, on trouva sur la coupe une barbe d'épi encore verte entourée d'une zone puriforme jaunâtre, avec des grains jaunes. G. THIBIERGE.

Un cas d'actinomycose primitive de la peau (Ein Fall von primärer Hautactynomycose), par L. MERIAN. *Dermatologische Wochenschrift,* 13 janvier 1912, nº 2, p. 45.

La lésion s'est présentée comme une petite tumeur du sillon naso-labial, cratériforme, molle, indolore, laissant sourdre du pus à la pression. Elle a guéri par excision. La malade était épileptique ce qui autorise l'hypothèse d'une inoculation au cours d'une crise.

Le diagnostic n'a été fait que par l'examen microscopique.

PELLIER.

Alopécies.

Alopécie tardive post-typhique maligne et totale avec koïlonychie des doigts (Späte posthyphöse maligne totale Alopécie und Koïlonychie der Fingernägel), par J. Heller. *Dermatologische Zeitschrift,* novembre 1911, t. 18, p. 969.

Le fait remarquable de cette observation est la coexistence d'un processus d'atrophie des poils et d'un processus hypertrophique et dystrophique des ongles. Elle rappelle les cas d'onychogryphose se développant parallèlement à la « glossy skin » ; mais ces coïncidences bien qu'ayant des analogies dans la littérature constituent une exception. Pellier.

Sur les alopécies expérimentales par l'abrine (Über die experimentellen Alopecien durch Abrin), par Vignolo-Lutati. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* t. 111, 1912, p. 348.

La résistance des lapins vis-à-vis de l'ingestion d'abrine n'est pas constante en ce qui concerne la durée de la période pré-alopécique (15 à 22 jours). L'alopécie présente également des caractères variables depuis l'éclaircissement jusqu'à la formation de placards absolument glabres; les phénomènes de tricholyse qui le précèdent durent de 8 à 14 jours.

L'administration de l'abrine à dose constante n'empêche pas la repousse de se produire; il semble que l'animal jouisse d'une sorte d'immunisation qui n'est que temporaire.

Les poils qui tombent sont à bulbe plein, légèrement atrophiés à leur base. Les papilles semblent être en état d'hypotrophie ; elles ne sont le siège d'aucune inflammation. L'autopsie ne montre pas de lésions organiques en dehors d'une légère tuméfaction des plaques de Peyer. Il semble donc que l'alopécie soit d'ordre trophique :

V. a pu obtenir des alopécies congénitales comme Buschke l'avait fait pour le thallium. Les poils n'ont apparu que vers la quatrième semaine.

Pellier.

Atrophies cutanées.

Contribution à la clinique et à l'étiologie des dermatites atrophiantes (Beitrag zur Klinik und Aetiologie der atrophisierenden Dermatitiden), par M. Oppenheim. *Wiener klinische Wochenschrift,* 7 mars 1912, n° 10, p. 367.

A côté des nombreuses explications que l'on a tenté de trouver aux dermatites atrophiantes, il convient de placer une diminution congénitale de la résistance du tissu élastique aux agents mécaniques ou toxiques. O. a rencontré sur le même sujet un nævus vasculaire s'étendant de l'épaule à la main droite sur une largeur de 6 centimètres et une atrophie idiopathique occupant la cuisse du même côté. L'examen histologique montrait de grandes ressemblances entre les deux lésions ; disparition de l'élastine et dilatation des capillaires.

Il est permis de supposer, comme Unna l'a fait pour les angiomes, qu'une compression intra-utérine peut être en pareil cas la cause de la modification du tissu élastique qui, sous les influences les plus diverses, aboutit à l'atrophie cutanée. Pellier.

Botryomycose.

Cas clinique de prétendue botryomycose humaine (La pretendida botriomicosis humana [caso clinico de]), par E. Alvarez Sainz de Aja. *Revista clinica de Madrid,* 15 mars 1912, tome VII, n° 6, p. 205.

A propos de deux tumeurs d'aspect botryomycosique de la région malaire gauche chez un laboureur âgé de 55 ans, l'auteur présente un court historique de la question. Se rattachant aux théories de Bosellini, il considère la botryomycose humaine comme absolument indépendante de celle du cheval. Ce qu'on appelle botryomycose chez l'homme, n'est qu'un mode particulier de dermite végétante, due au staphylocoque et aux bactéries saprophytiques de la peau chez des individus sales par profession, pauvreté, etc. L'aspect de la tumeur dépend du volume de l'orifice dermo-épidermique : s'il est petit, le botryomycome se pédiculise ; s'il est grand, il reste sessile. Pour confirmer sa manière de voir, S. de A. termine son travail par la courte description d'une dermite papillomateuse végétante du dos de la main présentant à côté de son aspect typique un petit botryomycome sessile. Trois belles photographies accompagnent ce travail.

J. Méneau.

Chimie cutanée.

Sur la chimie de la peau. La distribution de l'oxygène et des ferments oxygénants dans la peau (Die Verteilung des Sauerstoffs und der Sauerstoffermente in der Haut), par Unna et Golodetz. *Dermatologische Wochenschrift,* 6 et 13 janvier 1912, n°s 1 et 2, p. 2 et 54.

Lorsqu'on emploie la Rongalitweiss, moyen de réduction puissant, pour indiquer la présence de corps oxydants, par une coloration bleue due à la présence dans ce réactif de bleu de méthylène réduit, on constate que la présence de l'air est nécessaire. Il ne s'agit donc pas d'une simple cession d'oxygène par les noyaux mais d'une véritable fermentation.

Les ferments jusqu'ici connus et susceptibles d'être rencontrés dans la peau sont l'oxydase et la peroxydase différenciés par ce fait que l'oxydase oxyde directement les réactifs tandis que la peroxydase n'y arrive que en présence d'un peroxyde. Au moyen d'un mélange de benzidine et de H^2O^2 on se rend compte que les noyaux, les mastzellen, le cartilage contiennent une peroxydase. L'action de la benzidine ne détermine pas de coloration ; il n'y a donc pas d'oxydase.

Mais à côté de la peroxydase se trouve un ferment oxydant doué d'un pouvoir catalytique.

Les protoplasmas sont au second rang des lieux d'élection de l'oxygène. La substance cornée, fortement réductrice de la couche cornée et des poils, en est toujours dépourvue.

La teneur en oxygène va en diminuant progressivement depuis la couche basale jusqu'à la couche cornée.

Pellier.

Les localisations de l'oxygène dans le tissu cutané des animaux dans l'anémie, l'hyperémie veineuse et l'œdème (Sauerstofforte des tierischen Hautgewebes bei Anämie, venöser Hyperämie und Oedem), par

L. Leistikow. *Dermatologische Wochenschrift,* 1er novembre 1911, t. 53, p. 481.

Les recherches de L. confirment l'opinion de Unna au sujet du pouvoir oxydant des noyaux et des mastzellen. Dans l'hyperémie veineuse, l'anémie et l'œdème, les noyaux et les granulations des mastzellen abandonnent leur oxygène au protoplasma ; ils produisent et transmettent un oxygène actif.

La coloration de Unna-Pappenheim confirme les résultats de la méthode au Rongalit ; elles donnent des résultats parallèles, ce qui s'explique par l'affinité du vert de méthyle pour les points d'oxygénation.

L'emploi des vapeurs osmiques après coloration par le Rongalitweiss donne de belles préparations au bleu de méthylène qui ne souffrent pas du noircissement produit par l'osmium tandis que les autres méthodes de coloration donnent des images peu distinctes. On obtient aussi de belles colorations des nerfs à myéline.

Le Rongalitweiss met en évidence dans les cellules graisseuses du derme du rat et de la souris des granulations oxygénées que ne montrent pas les autres colorations et dont la présence n'est pas encore explicable. Pellier.

Dermatites diverses.

Observations hématologiques et bactériologiques sur un cas de dermatite herpétiforme (Osservazioni ematologiche e batteriologiche su di un caso di Dermatite erpetiforme), par T. Secchi. *Gazetta Internazionale di Medicina, Chirurgia, Igiene,* 1911, n° 11-12.

S. ayant eu l'occasion d'observer un cas de dermatite herpétiforme chez un homme de 55 ans qui fit deux séjours à l'hôpital, en 1908 et 1909, en profita pour faire une étude du sang et des recherches bactériologiques.

Les symptômes cliniques consistaient en une éruption généralisée à toute la surface cutanée de groupes de vésicules de la grosseur d'un grain de mil, accompagnées de sensation de brûlure.

L'examen du sang a révélé une augmentation des éosinophiles, qui atteignaient 8 pour 100. Mais de plus, une augmentation des leucocytes basophiles qui atteignaient 10 pour 100. Parmi ces derniers, certains étaient mononucléés (myélocytes). Pendant les périodes de calme de la maladie la formule leucocytaire redevenait normale.

Quant aux recherches bactériologiques, elles furent complètement négatives. H. Minot.

Sur la possibilité d'une parenté entre la Dermatite eczématoïde, la Dermatitis repens et l'Acrodermatitis perstans (Uber die Möglichkeiten von Verwandtschaftsbeziehungen zwischen der Dermatitis infectiosa eckzematoïdes, der Dermatitis repens und der Acrodermatitis perstans), par Rich. Sutton. *Monatshefte für praktische Dermatologie,* décembre 1911, t. 53, p. 583.

La dermatite infectieuse eczématoïde d'Eugman constitue un processus nettement caractérisé au point de vue clinique et anatomo-pathologique. Il faut la séparer nettement des eczémas pustuleux parmi lesquels on l'a jusqu'ici confondue. Son origine est très vraisemblablement staphylococcique.

Au point de vue histologique elle se distingue de la Dermatitis repens de Crocker et de l'Acrodermatitis perstans d'Hallopeau — qu'il faut considérer comme une même affection — par la localisation des lésions qui sont limitées à la courbe cornée. Le caractère explique aussi la facile guérison de la maladie par les antiseptiques. PELLIER.

Dermatite symétrique dysménorrhéique (Dermatitis symmetrica dysmenorrhoica [Beitrag zur Angioneurosenfrage]), par MATZENAUER et POLLAND. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* t. 111, 1912, p. 385.

Plusieurs observations identiques à celle que Kreibich a déjà publiée avec P. Dans tous les cas il s'agit d'une dermatose toute particulière, spontanée, généralement symétrique, qui survient chez des femmes dysménorrhéïques présentant en outre des troubles circulatoires et fréquemment des troubles psychiques.

Le début se caractérise par une légère sensation de brûlure qui peut passer inaperçue pendant le sommeil. La peau présente alors une teinte rosée et est souvent légèrement urticarienne. Au bout de peu de temps les follicules font une saillie de plus en plus nette; ils s'entourent d'une toute petite zone d'anémie. Le follicule laisse sourdre un peu de sérosité qui forme une croûte; parfois il s'entoure d'une bordure vésiculeuse. Les placards existants ainsi formés ont parfois un contour nettement policyclique. En quelques cas, le processus s'accompagne de nécrose et peut donner lieu à des cicatrices chéloïdiennes. La forme bulleuse n'a été observée qu'une fois, sur les mains.

M. et P. ont soigneusement contrôlé la spontanéité des lésions. Ils n'ont pu les provoquer ni par irritation locale ni par le courant faradique et pensent que les agents extérieurs n'ont que peu ou point d'influence sur la production de ces lésions. Au contraire celle-ci semble certainement liée aux troubles psychiques qui accompagnent eux-mêmes, dans tous les cas, les désordres génitaux.

L'histologie montre des vésicules intraépithéliales et autour des vaisseaux dilatés une forte infiltration de cellules rondes. Les lésions prédominent autour des follicules; là, l'épiderme est complètement soulevé par l'exsudation et on observe des points de nécrose. Les nerfs ne montrent pas d'altérations décelables. M. et P. tirent de ces données un argument en faveur de la nature hématogène des lésions qu'ils ont étudiées et qu'ils mettent à part des angioneuroses.

Ils les attribuent, en se basant sur le résultat constamment positif de la lipoïdreaction de Neumann et Hermann ainsi que sur l'anamnèse, à une altération fonctionnelle des follicules ovariens, déterminant des troubles nerveux ou même vasculaires suivant l'abondance des produits toxiques ainsi élaborés. PELLIER.

Eruptions artificielles.

Un exanthème provoqué par des bonbons à l'eucalyptus (Ein durch Eukalyptusbonbons hervorgerufenes Exanthem), par M. OPPENHEIM. *Dermatologische Wochenschrift,* 24 février 1912, n° 8, p. 224.

Deux heures après l'absorption en une fois de vingt bonbons contre la

toux le sujet se sentit fatigué, dormit mal; dans le courant de la nuit se développa un exanthème localisé aux mains et aux pieds, consistant en macules et papules bien délimitées, rouges, rappelant certains érythèmes balsamiques.

Les lésions pâlissent peu à la pression et donnent parfois l'impression de petites hémorragies. Elles diffèrent sensiblement des lésions que Galewski a constatées après usage externe et Vörner après absorption d'huile d'eucalyptus. PELLIER.

Sur les maladies professionnelles de la peau (Ueber die gewerblichen Erkrankungen der Haut), par HERXHEIMER. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 4 janvier 1912, n° 1, p. 18.

Conférence très documentée où H. ne cite pas moins de 74 professions eczématogènes. PELLIER.

Sur les poudres de toilette et les fards (Uber Toilette und Schminkpuder), par J.-F-KAPP. *Dermatologische Wochenschrift,* 20 avril 1912, n° 16, p. 458.

Les poudres végétales sont toujours nuisibles à la peau par action purement mécanique due au gonflement de leurs grains sous l'influence de l'humidité et de la graisse cutanée. Ce gonflement a pour résultat une dilatation des orifices. Une des moins nuisibles est l'amidon de riz ; les plus mauvaises sont la farine d'amandes, l'arrow-root et la farine de fèves.

Les poudres minérales irritent la peau par les angles aigus de leurs particules ; c'est le cas de la terre d'infusoires et du sulfate de chaux. L'oxyde de zinc, le talc, le carbonate de magnésie, le sulfate de baryte sont moins nocifs. Certaines poudres sont toxiques (sels de plomb).

En ensemençant des poudres de toilette (déjà ouvertes pour l'usage), K. a cultivé des moisissures, des staphylocoques, du morocoque. Dans un cas, il a mis en évidence la présence de bacille de Koch par tuberculisation du cobaye. D'où il conclut que le poudrage peut transmettre des maladies graves et même mortelles. PELLIER.

Argyrie professionnelle totale (Ueber gewerbliche totale Argyrie), par F. KOELSCH. *Münchener medizinische Wochenschrift,* 1912, n° 6, p. 304.

Une jeune femme de 27 ans travaille depuis l'âge de 13 ans comme « silberbescheiderin » (rogneuse d'argent ?). A 16 ans, accidents dyspeptiques ; à 18 ans, elle remarque que la peau de la face et des parties découvertes devient grise, avec un éclat métallique.

Depuis ce moment, les symptômes vont en s'accentuant, tandis que l'état général est intact. Actuellement, la face, la peau découverte sont colorées en gris d'argent, avec un éclat métallique ainsi que les muqueuses buccales qui ont d'ailleurs conservé leur couleur rosée ; la peau du reste du corps est légèrement grise et brillante.

Une autre femme de 50 ans, qui exerçait le même métier depuis l'âge de 14 ans offrait les mêmes apparences, également généralisées.

Dans ces cas, c'est sur les gencives que débute la coloration anormale ; mais toute l'épaisseur de la peau est imprégnée, ainsi que les viscères, à l'exception des centres nerveux.

Il semble que les blondes soient prédisposées. Les particules d'argent circulent dans le torrent sanguin ; l'argent est réduit dans les organes d'après des processus différents, dans la peau, par une action photo-chimique.

La thérapeutique est impuissante.

Le mieux est de faire quitter le travail de l'argent aussitôt que la coloration des gencives se manifeste. Ch. AUDRY.

Généralités.

Considérations sur l'étiologie des maladies cutanées (Betrachtungen ueber die Aetiologie der Hautkankheiten), par F. FINGER. *Wiener klinische Wochenschrift,* 1912, nº 1, p. 23.

F. passe en revue les troubles organiques qui peuvent être la cause directe ou seulement prédisposante des dermatoses. A propos des glandes à sécrétion interne, il fait remarquer combien l'on est tenté de faire rapidement la route pénible qui sépare l'hypothèse des réalités. « Nous vivons au siècle médical des sécrétions internes et cependant, à vrai dire, nous ne savons d'elles que bien peu de choses positives. »

Tout est encore à faire dans le chapitre de l'étiologie concernant les idiosyncrasies et les accoutumances médicamenteuses dans leurs rapports qui semblent parfois très lointains avec l'anaphylaxie. PELLIER.

Recherches biologiques sur l'action de l'extrait cutané (Ueber einen biologischen Nachweis der Wirkung von Hautextracten), par MEIROWSKY. *Münchener medizinische Wochenschrift,* 1912, nº 19, p. 1041.

Winternitz contrôlant les recherches de M. sur la formation de pigment qui se produit dans la peau séparée du corps a dit que dans la peau du cobaye, il existait une substance qui ressemblait à l'adrénaline en ce qu'elle possédait la réaction au perchlorure de fer et qu'elle dilatait la pupille de la grenouille.

M. a pu constater que ces extraits cutanés déterminaient en effet la réaction pupillaire chez l'œil énuclée de la grenouille (phénomène d'Ehrmann) mais que cette action n'était pas due à l'adrénaline, cette substance étant absente de ces extraits ; en effet, ceux-ci ne provoquent point les phénomènes vaso-moteurs pathognomoniques de la présence de l'adrénaline.

Ch. AUDRY.

Sur le développement des dilatations vasculaires et d'une réaction anormale de la peau (Über Entstehung von Gefässerweiterung und abnormer Hautreaktion), par F. LUITHLEN. *Dermatologische Wochenschrift,* 27 avril 1912, nº 17, p. 485.

La radiothérapie d'un placard de psoriasis avait déterminé une radiodermite qui guérit sans laisser de traces. Plus de trois ans après, à la suite d'une violente poussée d'urticaire, un réseau de télangiectasies se développa sur l'emplacement de la radiodermite.

L. rapproche de ce fait les observations de télangiectasies survenant après irradiation sous l'influence de la grossesse et l'hypersensibilité de la peau vis-à-vis des rayons de Röntgen au cours de la menstruation, de la grossesse et de la lactation.

Les troubles jusqu'ici mal connus des sécrétions internes peuvent jouer au point de vue du pouvoir réactionnel de la peau un rôle analogue aux troubles de la nutrition. PELLIER.

Dermato-anémies circonscrites (leucischémies) (Zircumskripte Dermatoanämien [Leukischämien]), par H. VÖRNER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1912, t. 111, p. 149.

V. rappelle ses travaux antérieurs sur le nævus anémique, celui de Brauer sur une syphilide anémique, et donne 3 brèves observations d'où il conclut que des érythèmes et des dermatites peuvent déterminer des altérations cutanées du même type que le nævus anémique. Il existe un groupe de « dermato-anémies » circonscrites, congénitales ou acquises, comparables aux anomalies de pigmentation. Ch. AUDRY.

Sur les névroses vasculaires de la peau (Ueber Neurosen der Haut gefässe), par HESS et KÖNIGSTEIN. *Wiener klinische Wochenschrift,* 1911, nº 42, p. 1460.

Intéressante revue de la question comprenant trois observations; l'une d'elles porte sur une crise vasculaire du type de Raynaud survenue chez une femme atteinte de sclérodermie, à laquelle succéda brusquement de l'hyperémie. Ce changement fut accompagné de sueurs profuses alors que pendant la crise anémique il n'était possible ni par la chaleur ni par la pilocarpine d'obtenir la moindre sudation. PELLIER.

Sur les cellules éosinophiles et les mastzellen dans les vésicules cutanées (Ueber eosinophile Zellen und Mastzellen in vesikulösen Hauteffloreszenzen), par O. PULTZ. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1912, t. 111, p. 19.

Klausner et Kreibich ont montré que dans certaines vésicules cutanées, on pouvait trouver non seulement des éosinophiles, mais aussi des mastzellen, ils ont pensé aussi que ces mastzellen étaient d'origine locale, tandis que Schuh a montré que dans le pus blennorrhagique, elles existaient aussi, mais en parallélisme avec les mastzellen du sang. P. montre que même s'il s'agit de mastzellen observées dans le liquide de vésicules, on retrouve ce parallélisme entre la présence de ces éléments et leur teneur dans le sang, et P. conclut que dans tous ces cas, les mastzellen sont d'origine sanguine : il se base sur le fait que l'augmentation des mastzellen dans le liquide des efflorescences examinées (gale, prurigo, etc.) est parallèle à l'augmentation des éosinophiles, et aussi avec l'augmentation, plus faible, des mastzellen dans le sang. Ch. AUDRY.

Nævi.

Un cas de nævus linéaire systématisé (Zur kasuistik des Naevus linearis systematicus), par KANTOR. *Dermatologische Wochenschrift,* 2 mars 1912, nº 9, p. 247.

Observation d'un nævus linéaire hyperkératosique coïncidant avec un léger degré d'ichtyose. L'examen histologique n'a pu être fait. K. pense avec Blaschko que ces hyperkératoses sont dues à une prolifération se produisant pendant la vie embryonnaire au niveau des limites de différents territoires cutanés. PELLIER.

Traitement des nævi vasculaires par la neige d'acide carbonique (Behandlung des Nævus vasculosus mit Kohlensaurechnee), par D. Friedlander. *Dermatologisches Centralblatt,* décembre 1911, n° 3, p. 66.

La neige d'acide carbonique constitue un procédé simple efficace, relativement indolore contre le nævus vasculaire.

La rapidité de son action, la facilité de l'opération doivent le faire préférer à tout autre. Au point de vue esthétique les résultats sont incomparables.

Les achromies ou les cicatrices profondément déprimées doivent être attribuées à des fautes de technique. On a signalé parfois des névralgies, d'ailleurs passagères. Pellier.

Psoriasis.

Sur la leucodermie psoriasique du cuir chevelu (Ueber Leucoderma psoriaticum der behaarten Kopfhaut), par Rillé. *Dermatologische Wochenschrift,* 6 janvier 1912, n° 1, p. 10.

Première observation d'une localisation au cuir chevelu de la dépigmentation post-psoriasique dont R. a déjà observé 37 cas et qu'il ne faut pas considérer comme un artifice thérapeutique. Pellier.

Sur la question de l'hérédité et de la nature du psoriasis (Zur Frage der Erblichkeit und des Wesens des Psoriasis), par M. Marcuse. *Dermatologische Zeitschrift,* novembre 1911, t. 18, p. 972.

Le psoriasis peut se présenter comme maladie de famille pendant plusieurs générations ; cette propagation repose évidemment sur l'hérédité au sens le plus général. Les lois de Mendel ne sont pas suivies dans cette hérédité. Le caractère diathésique du psoriasis apparaît nettement en certains cas, mais il semble que la maladie puisse être l'expression de causes très différentes. Les recherches dans les familles sont de grosse importance dans l'étude de la nature du psoriasis. Pellier.

Sporotrichose.

Recherches histologiques sur trois cas de sporotrichose (Histologische Untersuchungen bei drei Fällen von Sporotrichose), par Menahem Hodara et Fuad Bey. *Dermatologische Wochenschrift,* 13 janvier 1912, n° 2, p. 50.

Les trois cas se sont présentés sous forme de nodules cutanés. L'examen histologique rentre dans le cadre tracé par Beurmann et Gougerot. La polynucléose centrale était moins marquée que dans les formes suppuratives et ulcéreuses. Pellier.

Sporotrichose oculaire, par F. De Lapersonne. *Presse médicale,* 1912, n° 9, p. 93.

A côté des lésions externes des paupières, de la conjonctive et des voies lacrymales relativement faciles à reconnaître et à traiter, il existe des manifestations plus profondes intéressant surtout le tractus uvéal et le segment antérieur qui ont été et qui pourraient encore être confondues avec des iridochoroïdites tuberculeuses ou syphilitiques.

De Lapersonne rapporte l'observation d'une malade dont la sporotrichose

oculaire s'est manifestée par une iridocyclite avec gommes iriennes multiples; elle a abouti à la perforation de la coque oculaire comme dans certaines formes de foyers tuberculeux. Cette forme de sporotrichose a pu être reproduite expérimentalement.

Les lésions oculaires qui intéressent le tractus uvéal tout entier donnent lieu à une réaction si intense que même améliorées par les iodures elles laissent des troubles fonctionnels considérables et que les récidives d'iridocyclite peuvent nécessiter l'énucléation de l'œil. E. VAUCHER.

Un cas de sporotrichose, par MM. J. COURMONT, SAVY et FLORENCE. *Lyon médical,* 17 mars 1912, p. 621.

Il s'agit d'une femme de 52 ans, qui présente des gommes sous-cutanées multiples que le diagnostic clinique, confirmé par la culture, a montré être un cas de sporotricose.

Au dire de la malade, la première gomme qui a apparu se trouve dans la région lombo-iliaque, et elle serait survenue à la suite d'une piqûre par une plume de son oreiller ; il pourrait donc s'agir d'un cas de contagion d'origine animale, cas très rare, la contagion par les végétaux étant la règle.

L'affection a débuté par de petites tuméfactions sous-cutanées qui sont actuellement rouges violacées et fluctuantes; elles ont commencé dans la région lombaire, mais sont actuellement disséminées sur plusieurs points du corps, la fosse iliaque, le thorax, le bras et la main.

Le diagnostic se posait entre une gomme syphilitique et la sporotricose. Le diagnostic fut fait par la culture du pus d'une des gommes qui, prélevé aseptiquement et cultivé sur le milieu de Sabouraud à la température ordinaire, donna naissance à des cultures typiques de sporotrichum Beurmanni. M. CARLE.

Un cas de sporotrichose, par DECLOUX et PARVU. *Société Médicale des Hôpitaux,* 31 mai 1912, n° 19, p. 717.

Cas classique de sporotrichose remarquable par la multiplicité d'aspect des formes d'infection, nodules gommeux ulcérés, nodules sous-cutanés non ulcérés, infections locales pseudophlegmoneuses et enfin localisation dermique particulière au niveau de l'hélix de l'oreille droite. E. VAUCHER.

Tuberculides.

Cas de lichen scrofulosorum simulant le psoriasis (Case of lichen scrofulosorum imitating psoriasis), par I. PARKES WEBER. *Proceedings of the royal society of medicine,* mai 1911, p. 93.

Un enfant de 5 ans, porteur d'une gomme tuberculeuse fistulisée, présente en outre une éruption limitée au tronc, faite de petites papules pâles, rouges brunes, squameuses, groupées comme certains placards de psoriasis. Sur les fesses quelques papules sont plus rouges, luisantes, avec une légère ressemblance avec des boutons d'acné. Pas de prurit. G. PETGES.

Coexistence de tuberculides papulo-nécrotiques avec le lupus érythémateux (Koexistenz von papulo-nekrotischen Tuberkuliden und Lupus erythematosus), par R. BERNHARDT. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1912, t. 111, p. 551.

Homme de 66 ans, tuberculeux, emphysémateux, albuminurique, présen-

tant des tuberculides papulo-nécrotiques groupées ou généralisées, et des efflorescences de lupus érythémateux de la face. La tuberculine amena la guérison des tuberculides. Cutiréaction positive. La coexistence des lupus érythémateux et des tuberculides papulo-nécrotiques est rare. Sur 27 faits de lupus érythémateux, B. a pu constater dans 85 pour 100 des cas, d'autres manifestations cliniques de tuberculose. Ch. Audry.

Tuberculose.

Cas de tuberculose de la muqueuse buccale (Zur Kasuistik der Mund-schleimhaut tuberkulose), par V. Redwitz. *Wiener klinische Wochenschrift,* 1912, n° 6, p. 238.

Observation d'un phtisique de 40 ans qui depuis 6 ans présente des localisations tuberculeuses infiltrées et ulcéreuses sur la face interne d'une joue, puis de l'autre, puis de la lèvre inférieure, localisations qui se produisirent successivement à intervalles plus ou moins éloignés, après qu'un raclage chirurgical les eut guéries l'une après l'autre. Ch. Audry.

Phágédénisme tuberculeux de la vulve, par J. Brault (d'Alger). *Gazette des Hopitaux,* 27 février 1912, n° 24, p. 333.

Observation d'une fille de huit ans qui présentait au niveau de la vulve de volumineuses ulcérations dont la nature tuberculeuse fut démontrée par l'inoculation au cobaye. Le caractère phagédénique de ces lésions était commandé par des espèces secondaires bien définies, streptocoque et poycyanique. E. Vaucher.

Sur la tuberculose de la peau chez le cheval (Ueber Hauttuberkulose der Haut beim Pferde), par K. Herrmann. *Monatshefte für praktische Dermatologie,* t. 53, 1er septembre 1911, p. 145.

Les bacilles tuberculeux sont extraordinairement peu nombreux dans les lésions qu'ils déterminent chez le cheval. La coloration de Ziehl, n'en met en évidence qu'une partie ; la méthode de Much donne de meilleurs résultats. Le tableau clinique est caractérisé par un épaississement de la peau et des lésions eczématiformes. L'histologie montre une prolifération dermique rappelant la tuberculose verruqueuse, analogie confirmée par l'épaississement et les proliférations atypiques de l'épiderme. Les follicules sont obstrués par une matière puriforme. Les lésions tuberculeuses proprement dites sont constituées par les cellules fusiformes, des plasmazellen à différents stades et de rares cellules géantes. Pellier.

Tumeurs cutanées malignes.

Sur l'inutilité pratique de l'hypothèse d'endothéliome (Ueber die Unbrauchbarkeit der Arbeitshypothese « Endotheliom »), par J. Fick. *Dermatologische Wochenschrift,* 27 avril 1912, n° 17, p. 488.

Il n'existe pas d'endothéliome dont la nature ait été unanimément reconnue. L'idée d'endothéliome n'a pas d'utilité comme dénomination provisoire car les faits en question s'expliquent par l'hypothèse d'un épithélioma.

Il est des tumeurs dont l'histogénèse est encore obscure pour lesquelles un cadre neutre peut être commode, mais l'endothéliome ne saurait le cons-

tituer sans entraîner à tort parmi les tumeurs d'origine conjonctive un groupe important de néoplasies de formes cellulaires très diverses. PELLIER.

Sur le sarcome multiple hémorragique de Kaposi (Ueber das Sarcoma multiplex hemorrhagicum [Kaposi]), par C. STERNBERG. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1912, t. 111, p. 331.

Observation typique recueillie chez un homme de 65 ans, à l'autopsie duquel on trouva des tumeurs multiples sous la muqueuse de l'intestin grêle; tumeurs dont la structure était semblable à celle des néoplasies cutanées.

Dans ce cas, les lésions étaient constituées par une association de lymphangiectasies et d'hémangiectasies, avec prolifération des fibres musculaires lisses. De ce chef, les tumeurs se rapprochent de certaines formes de tumeurs musculaires; cependant, on ne peut pas les confondre avec les myomes : ce serait là non un sarcome, ni un sarcoïde, mais un hamartome au sens d'Albrecht. Ch. AUDRY.

Sarcomatose cutanée (type Spiegler) (Sarcomatosis cutis [Spiegler]), par R. POLLAND. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1912, t. 111, p. 3.

Il y a un type morbide dont des observations ont été publiées sous des noms différents et qui est caractérisé par son développement limité, la possibilité d'arrêt, l'absence de métastase, et de malignité, histologiquement par un infiltrat de petites cellules dans le derme dont la structure générale est conservée, et qui fait défaut dans les plans superficiels; les infiltrats peuvent être nodulaires, et disparaître en laissant de la pigmentation et des cicatrices atrophiques : tout cela relevé par Spiegler dans son cas de « sarcomatosis cutis ».

P. en donne une observation prise sur une femme de 62 ans dont la face est malade depuis 2 ans, et qui présente sur le front, les joues, le menton des nodules et des infiltrats circonscrits, etc., et des altérations histologiques conformes à celles indiquées tout à l'heure.

Ces cas ont passé pour des sarcoïdes ou pour des lupus pernio. En réalité, ils sont bien autonomes et répondent exactement au type décrit par Spiegler.

(J'en ai publié moi-même un exemple dans ces Annales, en 1910, mais on peut encore se demander si le cas de Spiegler ne doit pas être, en résumé, considéré comme un sarcoïde hypodermique d'origine tuberculeuse.)

Ch. AUDRY.

Sur l'épithélioma multiple généralisé de la peau (Uber generalisierte multiple Epithelioma der Haut), par WEIDENFELD. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1912, t. 111, p. 467.

Une femme de 34 ans a pris à diverses reprises de l'arsenic pour améliorer un état général défectueux.

La maladie actuelle semble avoir débuté. il y a 11 ou 12 ans, par un cor plantaire; puis apparurent des taches brunes, et au bout de 7 à 8 ans, des tumeurs croûteuses sur le cuisse. Une cure d'arsacétine excita le développement des lésions.

Au bout de 11 ans, on trouvait, un peu partout, des altérations de 3 for-

mes : d'abord, 60 à 70 petits nodules de la forme et de la dimension d'une lentille, en même temps que des saillies verruqueuses des plantes et des paumes, puis 5 lésions grosses comme un kreuzer, et 2 tumeurs du volume d'une noix : ces tumeurs étaient squameuses, verruqueuses, ulcéreuses et noueuses, rondes, rouges, brunes.

Leur structure était celle d'épithélioma à type baso-cellulaire.

W. pense que l'arsenic a vraisemblablement joué un rôle dans l'étiologie de ces tumeurs, et il discute longuement les diverses autres conditions qui ont pu s'associer à l'action de l'arsenic pour déterminer exactement l'apparition, la localisation et la généralisation de toutes ces tumeurs.

Ch. Audry.

Le radium et le cancer (Das Radium und das bösartiges Krebs), par S. Wickham. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1912, t. 111, p. 161.

W. reproduit dans un article allemand le résumé de ses publications sur ce sujet. Ch. Audry.

Urticaire.

Urticaire papuleux chronique dans la pseudo-leucémie (Urticaria chronica papulosa bei Pseudoleukämie), par Polland. *Monatshefte für praktische Dermatologie,* t. 53, 1er septembre 1911, p. 275.

Lésions prurigineuses survenues depuis deux ans chez un sujet de 59 ans chez qui les premiers symptômes de pseudo-leucémie remontaient à huit ans. Elles sont caractérisées par des papules de la grosseur d'une lentille et des élevures urticariennes rosées ou jaunâtres qui sont le siège d'un prurit intense et qui après avoir été excoriées disparaissent en laissant une cicatrice pigmentée. Pellier.

Sur la distinction de l'urticaire pigmentée d'avec l'urticaire xanthelasmoide (Zur Unterscheidung der Urticaria pigmentosa von der Urticaria xanthelasmoidea), par M. Biach. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1912, t. 111, p. 619.

B. donne une observation type de l'urticaire pigmentaire telle qu'on la connaît habituellement, recueillie sur un enfant de 6 ans, et comprenant l'infiltrat tradidionnel de mastzellen ; il y joint une autre observation d'urticaire recueillie sur une femme de 45 ans, urticaire qui a commencé il y a 9 ans, et chez laquelle les efflorescences laissent des taches pigmentées ; au microscope, lésions d'œdème et pigmentation.

B. proteste contre l'ambiguïté des dénominations adoptées ; il demande qu'on réserve le nom d'urticaire xanthelasmoïde pour la forme classique, infantile, à mastzellen, afin de pouvoir conserver la définition d'urticaire pigmentée pour l'autre, celle des adultes.

[La demande de B. est peut-être juste, mais il serait désirable qu'il ait fait de la question une étude un peu plus sérieuse, car il ne paraît vraiment pas au courant.] Ch. Audry.

Verruga.

Affection cutanée, rappelant la verruga du Pérou, observée à

Madagascar, par Letulle. *Bulletin de l'Académie de médecine,* 20 décembre 1911.

Dans ce rapport sur une communication de Fontoynont et Carrougeau, L. rapporte l'observation de ces deux auteurs : Homme de 31 ans, mineur, originaire de Madagascar, ayant depuis 4 ans des tumeurs rouges, mobiles ou immobiles sur les plans sous-jacents, de volume variable, débutant par des taches bleues verdâtres ; ces tumeurs, généralement réunies par groupes, évoluent simultanément, occupent tous les points du corps, sauf le cuir chevelu, le tronc, les bras, les fesses et les cuisses, et sont en nombre variable suivant les régions.

Cette affection diffère de la verruga en ce qu'elle n'est pas contagieuse, ni endémique, le cas actuel étant unique à Madagascar, en ce qu'elle n'est pas de prédominance à la face, en ce qu'elle est constituée par des éléments groupés au lieu d'être isolés, qui laissent à leur suite une pigmentation noirâtre, indélébile, sans cicatrices, en ce qu'elle ne semble pas atteindre les viscères, en ce qu'elle n'est pas inoculable aux animaux.

A l'examen histologique, on constate des bourgeonnements conjonctifs richement vascularisés, des lésions, inflammations subaiguës, végétantes et néo-vasculaires du tissu sous-cutané, et à un degré plus avancé la présence de travées conjonctives fibroïdes, remplies de fibroplastes, distribuées en placards entrecroisés dans tous les sens. On ne peut y déceler de germes pathogènes. De place en place, on trouve des éléments transparents, hyalins, qui peuvent faire songer à des parasites rappelant certains protozoaires.

G. Thibierge.

Xanthome.

Xanthome tubéreux multiple (Xanthoma tuberosum multiplex), par Pollitzer et Wile. *Dermatologische Zeitschrift,* 13 avril 1912, nº 15, p. 421.



Dans des lésions les plus petites et semblant correspondre à des stades précoces qui n'ont jamais été décrits, on constate une prolifération cellulaire à l'entour des vaisseaux papillaires et sous-papillaires : ces cellules présentent dans les pièces fixées à l'alcool un protoplasme d'aspect vésiculeux, et après fixation osmique des granulations noires qui les recouvrent presque complètement. Dans l'infiltrat qui s'étend dans les fentes vasculaires voisines les éléments celluleux présentent le même aspect ; on trouve également des particules noires dans l'endothélium des capillaires et dans la couche basale de l'épiderme.

Dans les tumeurs de grosseur moyenne la prolifération des cellules xanthomateuses ne permet plus de reconnaître leurs relations avec les vaisseaux. Le Sudan III met des granulations gaisseuses en évidence dans les fibroblastes.

Les lésions les plus anciennes ont une structure fibromateuse ; les cellules de xanthome n'en constituent qu'une faible partie.

Il n'est pas invraisemblable d'admettre que les éthers de la cholestérine qui, dans certains états pathologiques, existent dans le sang en grande abondance, peuvent en des points de moindre résistance passer des ca-

pillaires dans les fentes lymphatiques où l'on peut les retrouver à l'état libre.

Les cellules xanthomateuses seraient des cellules conjonctives périvasculaires ayant subi une irritation proliférative due à la présence de ces corps. La prolifération des cellules fixes dont la structure fibromateuse des tumeurs anciennes est la résultante, ne serait qu'un phénomène secondaire dont les lésions jeunes ne présentent pas de trace. PELLIER.

Zona.

Un cas d'herpès zoster bilatéral des deux membres supérieurs (Ein Fall von Herpes Zoster bilateralis der oberen Extremitäten), par KLAUSNER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1912, t. 112, p. 113.

Chez une femme de 64 ans.

K. ne connaît pas d'autre observation de cette localisation. Ch. AUDRY.

Herpès zoster des jambes (Herpes zoster in the Legs), par E. E. LASLETT. *British medicàl journal,* 28 oct. 1911, p. 1106.

Un enfant de 12 ans présente une éruption d'herpès à la face postéro-interne des jambes, dans les zones innervées par les quatrièmes parties des troisièmes racines lombaires; cette localisation est très exceptionnelle. G. PETGES.

Zonas atypiques et immunisation zonateuse, par Jean MINET. *Lyon médical,* 31 mars 1912, p. 701.

Ce travail renferme trois observations qui, bien qu'analogues, ne sont pas identiques. La première concerne un zona double (zona du trijumeau et de la branche mastoïdienne du plexus cervical gauche et zona du côté droit de la nuque); la seconde se rapporte à un zona avec placards aberrants ; la troisième à un zona avec éruption généralisée.

De telles variétés de l'éruption zonateuse doivent être rangées dans le cadre des « zonas atypiques ». Il semble qu'il faut considérer comme atypiques les zonas au cours desquels l'éruption cutanée ne présente plus le type classique, et revêt une allure clinique plus ou moins différente de celle du zona habituel, sans néanmoins y joindre les formes différenciées uniquement par une complication locale (hémorragie, gangrène, infections cutanées).

Ces variétés sont nombreuses depuis les zonas sans éruption (ou algies d'origine zostérienne sans éruption) jusqu'aux zonas avec placards aberrants et zonas avec éruption généralisée.

L'intérêt des observations publiées ne réside pas seulement dans la rareté des cas de ce genre; il réside surtout, dans leurs conditions spéciales d'évolution, qui apportent un appoint nouveau aux idées anciennes ou récentes sur le zona maladie infectieuse spécifique et sur l'immnnisation zonateuse. Car c'est bien le fait d'une maladie infectieuse de s'accompagner de fièvre et de phénomènes généraux divers comme ceux qui furent observés chez ces malades. C'est surtout bien le fait d'une maladie infectieuse d'évoluer à la suite d'une contagion aussi évidente que celle de ces observations.

Selon MM. Gougerot et Salin, le zona infectieux reste localisé à la seule

racine d'abord envahie parce que, selon toute vraisemblance il trouve les autres racines réfractaires, le malade s'étant rapidement auto-immunisé : cette hypothèse admise, on conçoit que, lorsque l'infection est particulièrement intense, on puisse assister à l'éclosion d'un zona multiple ; mais alors, d'après les mêmes auteurs, les manifestations nouvelles de l'infection zonateuse sont presque fatalement moins marquées que la première ; et d'autre part, comme si véritablement l'auto-immunisation était locale et s'étendait progressivement du premier territoire radiculaire envahi sur les territoires voisins, l'infection est obligée de sauter plusieurs racines pour trouver des tissus demi-immunisés qui se laissent envahir.

Les observations publiées sont une preuve de cette façon d'envisager l'immunisation zonateuse. M. Carle.

NECROLOGIE

Henri Danlos médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis est mort le 12 septembre dernier à l'âge de 68 ans.

Né le 26 mars 1844, reçu interne le septième de sa promotion en 1869 il passa une thèse brillante en 1874 sur les relations entre la menstruation et les affections cutanées.

Dès ce moment il s'attacha aux recherches de laboratoire et il étudia plus particulièrement la chimie dans les laboratoires de Würtz et Gautier ; ces recherches devaient imprimer à son éducation scientifique une empreinte profonde et suggérer plus tard les travaux qui l'ont mis en relief alors qu'il était médecin de l'hôpital Saint-Louis. Nommé médecin des hôpitaux en 1881 il fit presque toute sa carrière dans cet hôpital et par ses nombreuses communications à la Société de Dermatologie et à la Société médicale des Hôpitaux il montra qu'il suivait de très près l'évolution scientifique et contribua même à un certain moment à l'orienter dans une voie nouvelle. En effet deux grands titres scientifiques empêcheront le nom de Danlos d'être oublié. Danlos est le premier médecin qui ait soumis des malades à des applications du radium que Curie venait de découvrir et indiqué nettement la voie dans laquelle bien d'autres après lui se sont engagés. En second lieu, il eut le mérite d'attirer l'attention sur l'emploi des arsenicaux organiques et ses recherches sur l'acide cacodylique attirèrent l'attention sur une médication que des travaux ultérieurs devaient mettre à l'ordre du jour.

Danlos publia peu mais fut un membre actif de la Société médicale des Hôpitaux dont il fut président et de la Société de Dermatologie dont il a été secrétaire général pendant plusieurs années. C'est surtout par ses communications et les discussions qu'il souleva dans ces sociétés que nous avons pu apprécier le sens pratique de ses recherches et la sûreté de son jugement. C'était un modeste qui, s'il eût été plus ambitieux, aurait pu par la valeur de ses idées briller au premier rang, mais peut-être ne sut-il jamais apprécier son propre mérite à sa juste valeur.

Le Gérant : Pierre Auger.

CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT.



TRAVAUX ORIGINAUX

VARIATIONS DE LA RÉACTION DE WASSERMANN FAITE EN SÉRIES CHEZ LES SYPHILITIQUES TRAITÉS

Par MM. **J. Nicolas** et **L. Charlet.**

(Clinique des Maladies cutanées et vénériennes de l'Antiquaille et Laboratoire d'Hygiène de la Faculté de Médecine de Lyon.)

Sitôt que la valeur diagnostique de la réaction de Wassermann eut été établie, limitée, précisée, les syphiligraphes pensèrent obtenir d'elle plus encore. Ils en voulurent faire le baromètre enregistreur de la présence du virus syphilitique dans un organisme, qui indiquerait sa présence, son activité, sa somnolence, sa disparition quelle qu'en fût la cause : temps ou thérapeutique. L'idée était logique de chercher dans la réaction un contrôle, une mesure exacte des accidents cachés, en puissance, majeurs peut être. Et n'allait-on pas posséder là (ce paraît être le gros point des controverses de ces derniers temps) le moyen de juger irréfutablement une thérapeutique. Une vision d'avenir s'imposait trop vite comme une réalité tangible : la direction d'une médication antisyphilitique devenait simple ; elle prenait une allure mathématique, satisfaisante et reposante : la médication qu'il fallait, allait être donnée à coup sûr, dans les proportions exactes, nécessaires et suffisantes. Le parasitisme latent était découvert ; découvert il était facile à poursuivre.

Et les publications et les affirmations affluèrent. Elles affluèrent si nombreuses, si étrangement dissemblables qu'ayant voulu nous faire une opinion nous ne l'avons pas pu. Nous avons lu : le Wassermann est la meilleure, il est la pire des choses ; le Wassermann classe à cent coudées au-dessus des autres telle nouvelle médication, il la juge inactive ; le Wassermann rend vétustes et un peu ridicules les règles du traitement prolongé, systématique, car il dit, lui, symptôme, ce qu'il faut faire, quand et comment, le Wassermann est un moyen coupable de laisser croire aux syphilitiques qu'ils sont guéris, etc., etc., Et nous ne citons pas ceci comme étant les opinions les plus outrancières. On en pourra voir d'autres dans de récentes publications qui font tout au long l'exposé de ces théories, et donnent les références (Gougerot et Parent dans les *Annales des maladies vénériennes*, la thèse de Sadoun à Paris, la thèse de Charlet à Lyon). Nous ne parlerons plus ici de cette partie de la question.

De cet inextricable fatras d'opinions, nous avons voulu tirer une opinion moyenne ; nous avons dû y renoncer. Nous n'avons retiré de sa connaissance que l'impression qu'il nous était impossible de nous y reconnaître ; comment n'aurions-nous pas été conduits à penser ensuite que nous ne serions pas les seuls à nous déclarer incapables de discerner celles de ces affirmations qui sont démontrées de celles qui ne le sont pas ? A voyager à travers ces chiffres les plus invraisemblablement opposés nous avons cependant acquis entre autres choses quelques certitudes un peu gênantes : celle par exemple qu'il faut choisir dans tout ce qui, surtout à l'étranger, se publie ; celle qu'il est pour beaucoup plaisant d'être sceptique ou bien facile d'ètre affirmatif ; nous avons appris enfin qu'on ne sait rien si bien que ce qu'on a pratiqué soi-même.

C'est pourquoi nous avons voulu nous faire nous-mêmes notre opinion ; le problème en valait la peine. Nous publions aujourd'hui après sept mois d'expérimentation faite dans les conditions qu'on pourra lire une impression. Nous ne la voulons présenter que comme une impression d'attente. La suite du cahier d'expérience que représentent ces feuillets nous dira, plus tard, beaucoup plus tard ce qu'elle vaut.

*
* *

Si nous voulons tenter d'expliquer les désaccords existant entre les auteurs les plus autorisés en matière de biologie, de syphiligraphie, mettant à part l'idée que nous ne saurions avoir qu'il existe des résultats tendancieux publiés dans un but trop démonstratif, nous croyons qu'il faut faire intervenir entre autres les facteurs suivants : les techniques abrégées, les applications erronées de la méthode, les résultats fournis par des sous-ordres, les différences dans la façon de lire les résultats non évidents. Chacun dit comme nous-mêmes qu'il faut avoir en main des produits faits d'unités comparables et fixes, qu'il faut opérer soi-même, que l'opérateur, son habitude du laboratoire, sa patience, son adresse, sont les facteurs essentiels de la valeur attribuable aux résultats donnés ; mais trop peut être se contentent de le dire. Et puis, il ne faut pas se le dissimuler, nous ignorons tous ce qu'est le Wassermann; mais nous savons bien tous ce qu'il comporte comme coefficient d'erreur.

Les manipulations sont longues, difficiles, exaspérantes de minutie ; un instant d'inattention peut tout fausser. Alors même d'ailleurs que l'opérateur serait impeccable, ses instruments ne le sont pas. Pour nous en rendre compte nous avons pour notre part pesé les dixièmes de centimètre cube dont on se sert, donnés par des pipettes de Levaditi ; nous n'insisterons pas sur les résultats de ces pesées ! D'autre part, le sérum humain ne contient-il pas parfois des hémolysines naturelles

pour les globules de mouton ? En outre les solutions de NaCl, si exactement faites soient-elles ne sont certainement pas toujours identiques ; et puis enfin, qui peut prétendre, quelque habitude qu'il en ait, à une mesure mathématiquement exacte des dixièmes de centimètres cubes. La précision scientifique absolue est pratiquement irréalisable pour semblable expérience biologique où presque tous les facteurs, bien mal connus, sont en transformation incessante.

D'autre part encore les résultats ne sont certainement pas comparables. Chacun cite à plaisir des réactions de sens différents obtenues le même jour avec le même sang dans des laboratoires les mieux outillés. Il suffit d'avoir pratiqué soi-même la réaction pendant quelques temps pour comprendre ces divergences de toute autre façon qu'on ne les peut comprendre en général. Et puis aussi les statistiques publiées le sont depuis ces trois dernières années. Et en ces trois ans la thérapeutique, la façon d'envisager l'abortion de la maladie se sont tellement modifiées. Comment comparer les résultats obtenus par une injection intra-musculaire de 0,40 de Salvarsan avec ceux que donnent les 3 ou 4 injections intraveineuses de 0,60 que l'on fait maintenant. Ces statistiques s'opposent plus souvent dans leurs bases, qu'il ne paraît au premier abord ; il est parfois plus curieux de les voir se rencontrer que de les voir diverger.

Enfin les malades ont, d'une façon générale, été trop peu suivis.

A lire les prémisses des articles des auteurs on compte trouver dans la publication des séries de réactions ; le mot série est le mot indispensable. Et l'on est le plus souvent quelque peu surpris quand, en comptant les cas qui composent ces séries, on arrive, pour beaucoup des plus grandes à 5 à 6 réactions. Nous savons, certes, par expérience la difficulté qu'il y a à avoir toutes les semaines, tous les mois du sang de malades dociles et bénévoles ; mais les tableaux que nous publions plus loin montrent la nécessité de ces séries vraies ; nous ne discutons pas leur possibilité.

*
* *

Nous ne dirons rien de notre technique personnelle ; c'est celle de Wassermann type telle qu'elle est décrite dans toutes les publications ; nous l'avons rigoureusement suivie dans toutes ses minuties. Nous avons fait tous les témoins classiques, nous avons mesuré nos quantités en centimètres cubes. Notre antigène était l'extrait alcoolique à 1/30e de foie hérédo-syphilitique riche en tréponèmes, employé dilué à 1/10e. Notre complément nous venait de cobayes. Nous voulons cependant signaler ici un petit procédé qui nous a paru intéressant pour la prise du complément. Nous étant rendus compte de la quantité si différente de complément contenu dans les sérums de ces cobayes, pour chaque réaction nous avons obtenu un « complément moyen » par la ponction

au cœur de 4 de ces animaux dont les sangs étaient centrifugés ensemble. Chaque animal fournissait environ 5 centimètres de sang ; le mélange des sérums donnait un complément remarquablement fixe, ce qui facilitait énormément notre titrage (préliminaire à chaque groupe de réactions) du système ambocepteur-complément. D'autre part nous avons ainsi fait une économie considérable d'animaux.

Nous n'insistons pas sur les détails des manipulations, des titrages fréquents. Mais ce que nous tenons à dire c'est que pour toute la suite des réactions qu'on va lire, désirant avoir des résultats rigoureusement comparables entre eux, nous avons toujours procédé rigoureusement de même. Notre antigène fut un antigène préparé au début de nos expériences ; notre sérum hémolytique (dont le titre baissa de 1/75 à 1/38 en six mois) fut celui fourni une fois pour toutes par un lapin antimouton il y a sept mois.

Pour la lecture des résultats nous n'avons en général pas centrifugé. Les méthodes colorimétriques par appréciation de l'hémolyse après centrifugation, ne nous furent connues que au cours de nos expériences ; nous ne les avons pas employées. Nos lectures faites toujours par nous-mêmes à la même lumière furent généralement très faciles.

Nous avons apprécié les degrés d'hémolyse en en établissant, comme on fait pour la recherche des hémolysines, 4 que nous appelé H_0 (pas trace d'hémolyse), H_1 (hémolyse commençante) H_2 (hémolyse nette), H_3 (hémolyse complète). Il est bien entendu que seuls nos numéros H_0 et H_3 ont une valeur absolue ; H_1 et H_2 sont des intermédiaires qui ne sont comparables que relativement et parce que c'est toujours la même personne qui a fait dans les mêmes conditions les lectures.

Il est actuellement croyons-nous de règle, de ne donner comme résultats positifs que les cas où il n'y a pas d'hémolyse dans les tubes 2 et 3. Pour le travail qui suit comme nous avons cherché des variations, des degrés, dans la réaction, plus que des résultats sans intermédiaires, nous avons dû nommer H_1 et même H_2 ce qui certainement (nous l'avons vu) est nommé pas beaucoup d'expérimentateurs : pas d'hémolyse. Ceci fut fait pour trouver des nuances dans l'appréciation de la réaction. Et il faut comprendre pour lire nos résultats, qu'il y a beaucoup moins de différence entre H_0 et H_1 d'une part et H_1 et H_2 d'autre part, qu'il n'y en a entre H_2 et H_3. Nous regrettons de n'avoir pas, dès le début, employé comme le conseillent Jeanselme et Vernes (*Paris Médical*, 2 mars 1912) une méthode colorimétrique plus exacte. Nous n'avons, exprès pour obtenir ces nuances, jamais employé la quantité minima nécessaire de complément nos résultats auraient été trop brutaux. Nous avons cru devoir, quitte à employer une dilution plus forte d'ambocepteur hémolytique, utiliser une quantité un peu forte de complément (sachant bien la compensation que ces deux agents exercent l'un sur l'autre). Nous nous sommes toujours servis d'une

quantité d'ambocepteur supérieure à l'unité ; ceci explique nos nombreux H_2 et H_1.

Nous nous en sommes tenus à cette méthode d'estimation qui nous a paru donner de bons résultats et nous a semblé plus simple que les méthodes basées sur les quantités différentes employées d'ambocepteur du malade, méthodes préconisées par E. Epstein et par Noguchi.

RÉSULTATS PERSONNELS

Notre plan de travail était d'une grande simplicité.

Nous eussions désiré prendre deux syphilitiques à la période du chancre, deux secondaires, deux tertiaires, deux quaternaires et deux héréditaires. Ces malades auraient été traités différemment, l'un par le Salvarsan, l'autre par la médication mercurielle plus ou moins associée à la médication iodurée, administrée ou en piqûres de biiodure ou en ingestion sous forme du sirop mixte (biiodure de mercure, iodure de potassium). Il leur aurait été prélevé, toutes les semaines, du sang pour la séro-réaction faite d'ailleurs aussi avant le traitement.

Est-il utile de dire que nous n'avons pu réaliser ce schéma ; nous agissions en clinique et non dans un laboratoire. Nous avons naturellement eu des difficultés, des contrariétés. Certains malades furent rapidement indociles, dès leur guérison clinique, l'un mourut, d'autres furent malades. Nous avons cependant, ayant entrepris un plus grand nombre de cas qu'il n'en fallait, pu approcher le plan désiré. Toutefois nous n'avons pas pu traiter avec le mercure les chancres récents, avant la période secondaire. En présence des résultats publiés, de ceux vus par l'un de nous, nous ne nous sommes pas sentis le droit de priver quelques malades des chances d'abortion de leur syphilis que le Salvarsan paraît leur donner. Tous nos primaires ont donc été traités comme on traite à la clinique de l'Antiquaille les syphilitiques encore à la période d'abortion possible, qui sont dans les conditions requises pour pouvoir supporter le traitement dit abortif : quatre injections intraveineuses de Salvarsan (une par semaine) de 0 gr. 30, 0,50, 0,60, 0,60, ces quantités étant légèrement réduites quand il s'agit de femmes, ou d'hommes malingres et naturellement modifiées suivant la tolérance. Nous en avons ainsi traités et suivis cinq, trois très complètement, un dont la série fut coupée par une longue absence, un qui après le traitement arsenical recevait des piqûres d'huile grise. Aucun de nos cas traités par cette méthode n'a eu de manifestations secondaires ; depuis 7 mois nous les voyons au moins tous les 8 jours. A l'une de nos malades (obs. 16) nous avons en plus fait récemment deux nouvelles injections de Salvarsan, parce que, comme elle était enceinte alors de 7 mois sans incident, nous avons cru devoir penser à son enfant.

Nous avons traité et suivi cinq malades en pleine période secon-

daire ; deux par le 606, trois par le mercure. Des deux syphilitiques en traitement arsenical, l'un nous échappa de suite. Des 3 au mercure qu'ils prenaient en piqûres de biiodure ou en sirop genre Gibert ou en pilules, à deux, au bout de 4 à 6 mois devant la récidive incessante des accidents (malgré les doses que l'on pourra lire) et sur leur prière réitérée et instante, nous avons dû faire une injection de Salvarsan.

Nous avons suivi 4 tertiaires. Des raisons cliniques nous en ont fait traiter trois par l'arsenobenzol, le quatrième seulement put être mis au traitement mercuriel.

Nos 3 quaternaires sont deux tabétiques et un paralytique général. L'un des tabétiques fut mis au biiodure de mercure en injections, les autres eurent de fortes doses de 606.

Nos 2 syphilitiques héréditaires ont été mis à de fortes doses du sirop mercuriel et ioduré dont nous avons parlé.

Tous ces malades avaient, sauf un, le paralytique général, dont cependant nous connaissions la syphilis et dont la réaction fut provoquée par le traitement (voir *Lyon Médical* du 30 juin 1912 les impressions de M. Nicolas et nous-mêmes sur la réactivation biologique de la réaction), tous, disons-nous avaient des réactions de Wassermann positives. Aussi régulièrement que la chose fut possible, nous avons fait leur séro-réaction chaque semaine depuis 6 à 7 mois ; nous avons pour chaque malade, de 15 à 25 réactions, donc un total d'environ 400. Bien entendu quand l'administration du médicament devait se faire le jour de la prise du sang, cette prise était faite en premier lieu ; elle l'était avant le repas de midi.

Nous aurions enfin voulu pouvoir, parallèlement nous renseigner sur les modifications possibles de la réaction chez des syphilitiques non traités. Nous n'avons pas eu l'occasion de pouvoir faire d'assez fréquentes prises de sang à des syphilitiques anciens, à syphilis actuellement latente ; nous ne pouvions d'autre part pas laisser sans traitement des malades porteurs d'accidents. Notre expérimentation a donc dû se réduire à une série de Wassermann faits avec du sang d'une tabétique avancée, hospitalisée depuis longtemps pour qui la question d'une cure étiologique ne pouvait se poser.

* * *

Voici les 20 observations.

Pour la lecture des résultats des Wassermann nous prions de se reporter au paragraphe précédent où nous expliquons notre façon de les écrire. Nos résultats sont figurés par des lettres H portant en indice le degré de l'hémolyse qu'elles signifient. Le premier des H représente l'hémolyse du tube n° 1, le deuxième l'hémolyse du tube 2, le troisième l'hémolyse du tube 3, nos tubes 1, 2 et 3 étant les tubes de même numéro du procédé de Wassermann typique.

Nous tenons à répéter que nous refusons de compter comme totalement négatifs les résultats tels que H_3, H_2, H_2 et même H_3, H_3, H_2. Nous nous sommes expliqués à ce sujet ; ce sont des réactions faibles qui n'entraîneraient peut-être pas notre conviction s'il s'agissait d'une séroréaction pour laquelle il nous faudrait donner une réponse brutale ; mais, en raison de notre manière de lire (H_2 très différent de H_3, beaucoup plus que H_1 ne l'est de H_0), nos H_2 indiquent une déviation du complément, donc la présence d' « anticorps » pour employer le terme habituel. Jamais nos sérums témoins, nos sérums non syphilitiques ne nous ont donné des hémolyses que nous puissions catégoriser H_2.

I. — Syphilitiques primaires.

5 malades mis au traitement « abortif » par le Salvarsan.

Observation I. — B. S. (n° 17) entre le 1er février 1912. *Chancre mixte ; tréponèmes et b. de Ducrey constatés. Contamination le 3 janvier. Pas d'accidents secondaires.*

Jeune femme de 18 ans. Antécédents héréditaires et collatéraux bacillaires. Pas de passé pathologique. Ulcération vulvaire apparue du 7 au 10 janvier sur la grande lèvre droite. Non traitée. Symptômes actuels de chancre mixte classique (hypothèse vérifiée par le microscope et l'ultramicroscope), les deux en évolution. La double contamination est de la même date bien connue de la malade (?). Adénopathie dure peu accentuée bilatérale. Pas trace d'accidents secondaires. Pas de symptômes généraux.

	ANTIGÈNE			TRAITEMENT	ACCIDENTS
	0,1	0,2	0,3		
W. le 1er février.	H_1	H_1	H_0	Salvarsan 0,30.	Rétrocession rapide
10 —	H_1	H_0	H_0	— 0,50.	d'une partie du
17 —	H_3	H_2	H_1	— 0,50.	chancre. Une portion
24 —	H_3	H_2	H_2	— 0,50.	résiste plus.
5 mars.	H_3	H_3	H_2		Epidermisation du
12 —	*H_3*	*H_3*	*H_3*		12 au 15.
18 —	H_2	H_1	H_0		
25 —	H_3	H_3	H_2		
1er avril.	*H_3*	*H_3*	*H_3*		
16 —	*H_3*	*H_3*	*H_3*		
23 —	*H_3*	*H_3*	*H_3*		
30 —	H_3	H_2	H_1		
6 mai.	H_3	H_2	H_2		
14 —	H_3	H_2	H_2		
21 —	H_3	H_2	H_2		
28 —	H_3	H_3	H_2		
4 juin.	H_3	H_3	H_2		
11 —	H_2	H_2	H_1		
18 —	H_2	H_2	H_1		
25 —	H_3	H_3	H_1		Excellent état général.
11 juillet.	H_3	H_3	H_1		

En résumé. — Séro-réactions très positives avant le traitement et au début de celui-ci, fléchissant rapidement jusqu'à devenir progressivement négatives à la 2e semaine après la dernière injection. Il faut remarquer que 8 jours après, ce Wassermann négatif est devenu de nouveau très positif ; il redevient ensuite négatif pendant 3 semaines pour depuis lors et très lentement tendre à reprendre une positivité moyenne.

La rétrocession des accidents fut plus rapide que la rétrocession de la séro-réaction. La période intercalée de réactions très positives ne s'est accompagnée d'aucun accident.

Le Salvarsan a eu une action certaine et rapide sur le Wassermann ; cette action paraît momentanée. L'avenir seul nous dira si la reconstitution d'une réaction positive indiquait l'échec du traitement abortif tenté.

Observation II. — D. J. (n° 16). Entre le 1er février. *Petit chancre syphilitique de la base de la grande lèvre droite. Tréponèmes constatés. Apparition du chancre vers le 5 janvier. Pas d'accidents secondaires.*

19 ans. Grossesse de 3 mois. Antécédents collatéraux bacillaires. Pas de passé pathologique. Entre les 1 et 5 janvier notion d'un petit bouton vulvaire où siège la lésion actuelle qui est un chancre syphilitique en évotion typique. Adénopathie. Pas d'accidents secondaires. Bon état général.

	ANTIGÈNE			TRAITEMENT	ACCIDENTS
	0,1	0,2	0,3		
W. le 1er février.	H_3	H_2	H_1	Salvarsan 0,30.	Epidermisation rapide du chancre
10 —	H_1	H_0	H_0	— 0,50.	qui est effacé et
17 —	H_1	H_1	H_0	— 0,50.	épidermisé du 4 au
24 —	H_3	H_2	H_1	— 0,50.	6 février.
5 mars.	H_3	H_3	H_2		Plus d'accidents.
12 —	H_3	H_2	H_2		
18 —	H_3	H_3	H_3		
25 —	H_3	H_3	H_3		
1er avril.	H_3	H_3	H_3		
16 —	H_3	H_3	H_3		
24 —	H_3	H_1	H_1		
30 —	H_3	H_3	H_3		
6 mai.	H_3	H_3	H_3		
14 —	H_3	H_3	H_3	Salvarsan 0,50.	
21 —	H_3	H_1	H_1		
28 —	H_3	H_3	H_3		
4 juin.	H_3	H_1	H_1	Salvarsan 0,50.	
11 —	H_3	H_3	H_3		
18 —	H_3	H_3	H_2		
25 —	H_3	H_3	H_2		La grossesse évolue
9 juillet.	H_3	H_3	H_3		normalement.

En résumé. — Séro-réactions positives, qui fléchirent dès la 4e injection faite pour depuis lors se maintenir presque constamment négatives ou peu intenses. Sont intercalées cependant des réactions franchement positives ; on a peut-être le droit d'invoquer, pour l'une d'elles, une réactivation par la 2e période de traitement. La rétrocession des accidents a été plus rapide que celle de la séro-réaction. Les nouvelles réactions positives ne se sont accompagnées d'aucun accident.

Le Salvarsan a eu une action certaine et rapide, plus nette et semble-t-il plus durable que dans le cas précédent.

L'avenir nous dira ce que nous désirerions actuellement prévoir : la réussite ou l'échec du traitement abortif. L'état et la séro-réaction de l'enfant qui va naître seront d'un gros intérêt.

Observation III. — X. (no 12). Entre le 22 janvier. *Chancre syphilitique de la lèvre supérieure datant de 3 semaines. Pas d'accidents secondaires.*

20 ans, pas d'antécédents héréditaires ni personnels. Chancre typique de la lèvre supérieure, adénopathie. Date de contamination ignorée ; pas d'accidents secondaires ; le chancre est en voie d'épidermisation ; le malade a reçu quand nous le voyons 4 piqûres. intrafessières de 0,04 de biiodure de Hg et a pris de l'iodure de K. Légère albuminurie antérieure aux injections sans qu'on sache si elle est antérieure à la syphilis.

	ANTIGÈNE			TRAITEMENT	ACCIDENTS
	0,1	0,2	0,3		
W. le 22 janvier.	H_1	H_0	H_0	Salvarsan 0,50.	Le chancre a disparu à la date du 29 fév.
29 —	H_3	H_3	H_1	— 0,60.	
5 février.	H_2	H_1	H_0	— 0,30.	Plus d'accidents.
12 —	H_2	H_1	H_0	— 0,30.	Albuminurie persistante.
19 —	H_1	H_1	H_0	— 0,50.	
24 —	H_3	H_3	H_1		
5 mars.	H_1	H_1	H_1		
12 —	H_3	H_1	H_1		
25 —	*H_3*	*H_3*	*H_3*		
30 —	H_3	H_3	H_1		
30 avril.	H_2	H_1	H_0		
6 mai.	H_3	H_2	H_1		
14 —	H_2	H_1	H_1		
21 —	H_1	H_1	H_0		
28 —	H_2	H_1	H_1		
4 juin.	H_3	H_2	H_1		
11 —	H_2	H_1	H_1		
18 —	H_2	H_1	H_1		
27 —	H_2	H_1	H_0		Albuminurie persistante bien supportée.

En résumé. — Séro-réactions très positives que le traitement n'a

pas ou a peu modifiées. Nous constatons une seule fois un Wassermann négatif, plus d'un mois après la fin du traitement; ce résultat s'enclave entre des résultats nettement positifs. Nous ne savons comment l'expliquer, mais nous devons signaler que à cette date le malade qui s'observe beaucoup, spontanément nous accusa des sensations d'euphorie.

Aucun parallélisme entre les accidents vite disparus et la séro-réaction qui persiste.

Devons-nous en tirer un pronostic ? L'albuminurie du malade peut-elle avoir de l'importance à ce sujet?

Observation IV. — B. A. (nº 13). Entre le 25 janvier. *Chancres syphilitiques multiples (4) de la région de la vulve dont la malade s'est aperçue il y a 10 jours. Pas d'accidents secondaires.*

21 ans. Pas d'antécédents, pas de passé pathologique.

Le rapport contaminant daterait de 2 mois. 4 chancres syphilitiques certains, grosse adénopathie. Adénopathie de la nuque. Pas d'accidents secondaires.

	ANTIGÈNE			TRAITEMENT	ACCIDENTS
	0,1	0,2	0,3		
W. le 20 janvier.	H_2	H_1	H_0	Salvarsan 0,30.	Amélioration très rapide. Le 4 février les chancres sont épidermisés. Pas d'accidents secondaires.
3 février.	H_2	H_1	H_0	— 0,50.	
10 —	H_3	H_2	H_0	— 0,50.	
17 —	H_2	H_2	H_1	— 0,50.	
Malade part, puis revient se présenter en mai pour une poussée de salpingite.					
6 mai.	H_3	H_1	H_1		Pas d'accidents secondaires.
14 —	H_3	H_2	H_0		
21 —	H_1	H_0	H_0		
28 —	H_1	H_0	H_0		
4 juin.	H_2	H_1	H_1		
11 —	H_1	H_1	H_0		
18 —	H_2	H_1	H_1		
27 —	H_1	H_0	H_0		Excellent état général.

En résumé. — Réactions très positives qui se maintiennent très positives sans aucun fléchissement appréciable. Aucun parallélisme entre la disparition des accidents et le Wassermann. Pourquoi ? Pouvons-nous, là aussi, en tirer un pronostic ?

OBSERVATION V. — T. (nº 21). Entre le 17 février. *Actuellement pas d'accidents. A eu un chancre syphilitique de la verge traité dès son apparition par 4 injections de Salvarsan (0,60), la dernière remontant à 15 jours. Pas d'accidents secondaires.*

28 ans. Excellent état général. Mis au traitement mercuriel par injections hebdomadaires de VIII gouttes d'huile grise à 40 pour 100.

	ANTIGÈNE			TRAITEMENT	ACCIDENTS
	0,1	0,2	0,3		
W. le 17 février.	H_3	H_3	H_3	Huile grise VIII gouttes	Pas d'accidents syphilitiques.
24 —	H_3	H_3	H_2	»	
5 mars.	H_3	H_3	H_3	»	
12 —	H_3	H_3	H_3	»	
18 —	H_3	H_2	H_2	»	
28 —	H_3	H_3	H_3	»	
16 avril.	H_3	H_3	H_2	5 avril, dernière piqûre.	
18 juin.	H_3	H_2	H_2		Très bon état général.

En résumé. — Nous avons pris le malade sans accidents et en période de réactions négatives. Nous ignorons l'état antérieur de son sang.

Ses Wassermann sont fréquemment négatifs. Peut-on penser que l'huile grise a légèrement réactivé la réaction ? Devons-nous compter ses réactions faiblement positives comme *pratiquement* négatives ?

II. — SYPHILITIQUES AYANT DES ACCIDENTS SECONDAIRES.

Deux malades traités par le Salvarsan.

OBSERVATION VI. — J. R. (nº 11). Entré le 16 janvier. — *Syphilis secondaire en pleine évolution. Condylomes plats de la région ano-vulvaire. Plaques muqueuses de la bouche. — Syphilides psoriasiformes des cuisses. — Restes de roséole sur le tronc ; pigmentaire du cou. — Le chancre vulvaire remonte à trois mois.*

17 ans. Pas de tare pathologique.

	ANTIGÈNE			TRAITEMENT	ACCIDENTS
	0,1	0,2	0,3		
W. le 17 janvier.	H_3	H_3	H_1	Salvarsan 0,30.	Les condylomes en
25 —	H_3	H_2	H_1	— 0,50.	2 à 4 jours sont
3 février.	H_3	H_2	H_1	— 0,60.	réduits à l'état de
12 —	H_3	H_1	H_1	— 0,60.	papulo - macules
19 —	H_3	H_2	H_1		résistantes.
27 —	H_3	H_2	H_1		Les éléments psoria-
5 mars.	H_3	H_2	H_1		siformes sont effa-
18 —	H_2	H_2	H_1		cés le 1er février.
25 —	H_2	H_1	H_1		Roséole persiste en
1er avril.	H_2	H_2	H_1		macules pigmen-
16 —	H_1	H_1	H_1		tées et déprimées.
24 —	H_3	H_2	H_0		Cicatrices d'accidents,
30 —	H_2	H_1	H_1		mais plus d'acci-
6 mai.	H_3	H_2	H_0		dents dès les pre-
14 —	H_1	H_1	H_1		miers jours de fév.
21 —	H_3	H_1	H_1		
28 —	H_2	H_1	H_1		
4 juin.	H_3	H_2	H_1		
11 —	H_2	H_1	H_1		
18 —	H_2	H_1	H_1		Toujours pas d'acci-
25 —	H_2	H_1	H_1		dents. Très bon état
11 juillet.	H_2	H_1	H_1		général.

En résumé malgré le traitement la réaction qui est positive reste positive, n'accuse à aucun moment de fléchissement et s'exagère plutôt.

Aucun parallélisme entre son évolution et l'évolution des accidents.

Observation VII. — P. J. (nº 9). Entré le 12 janvier. — *Chancres syphilitiques de la lèvre inférieure et de l'amygdale droite datant de un mois et demi. Roséole.*

26 ans. Un enfant de 2 ans. Pas de tare pathologique. Grosse adénopathie douloureuse sous-maxillaire.

	ANTIGÈNE			TRAITEMENT	ACCIDENTS
	0,1	0,2	0,3		
W. le 13 janvier.	H_3	H_2	H_0	Salvarsan 0,30.	Amélioration immédiate
20 —	H_3	H_2	H_0	— 0,50.	des douleurs.
27 —	*H_3*	*H_3*	*H_3*	— 0,50.	Le 27 février les chancres
5 février.	*H_3*	*H_3*	*H_3*	— 0,30.	sont complètement guéris.
12 —	H_3	H_2	H_1		Roséole disparue.
					Part. Pas d'accidents.

En résumé, malade trop peu suivi mais à retenir parce que dès après la seconde injection le Wassermann a été négatif puis huit jours après la quatrième est redevenu franchement positif, et ceci est, on le comprend, d'un gros intérêt.

Donc évolution parallèle des accidents et de la séro-réaction, puis dissociation.

Deux malades traités par le mercure.

Observation VIII. — R. (nº 3). Entré le 2 janvier. — *Syphilis secondaire en pleine évolution. Roséole et plaques muqueuses. — Le chancre (chancre typique du sillon balano-préputial) date de un mois et est en pleine évolution.*

20 ans. Pas de tare pathologique.

	ANTIGÈNE			TRAITEMENT	ACCIDENTS
	0,1	0,2	0,3		
W. le 6 janvier.	H_1	H_1	H_0	Du 7 janv. au 11 fév.	Amélioration lente.
14 —	H_3	H_2	H_1	17 injections de	
21 —	H_3	H_1	H_0	0,03 de biiodure de	
29 —	H_3	H_1	H_1	mercure (3 par se-	Guérison des accidents
5 février.	H_3	H_2	H_0	maine).	Pas d'accidents.
11 —	H_1	H_1	H_1	Cesse le traitement.	
24 —	H_2	H_2	H_2		
5 mars.	H_3	H_2	H_1		
12 —	H_3	H_1	H_1	Du 12 mars au 18 avril	
18 —	H_2	H_1	H_1	16 injections de 0,04	
25 —	H_3	H_2	H_1	de biiodure de mer-	
1er avril.	H_1	H_1	H_1	cure (3 par semaine).	30 mars. Plaques mu-
16 —	H_3	H_2	H_1		queuses.
24 —	H_2	H_2	H_1	Cesse le traitement.	
30 —	H_2	H_2	H_1		Plaques disparues.
7 mai.	H_3	H_1	H_1	Du 4 mai au 11 juin	Pas d'accidents.
14 —	H_3	H_2	H_2	16 injections de 0,04	
21 —	H_3	H_2	H_2	de biiodure de mer-	
28 —	H_1	H_0	H_0	cure (3 par semaine).	
4 juin.	H_3	H_2	H_1		
11 —	H_2	H_2	H_1		Part sans accidents.

En résumé malgré le traitement intensif que l'on peut lire ci-dessus, modifications inappréciables de la réaction.

Aucun parallélisme entre les accidents qui ont récidivé et la réaction.

L'on peut bien conclure de ce cas que à aucun moment les « anti-corps » n'ont disparu. On peut cliniquement prévoir que ce malade aura de nombreux autres accidents. Les données de la clinique et du laboratoire paraissent concorder.

Ce malade est un de ceux à qui après un traitement mercuriel nous avons dû faire des injections de Salvarsan.

Observation XI. — P. J. (n° 7). Entré le 8 janvier. — *Chancre syphilitique du sillon balano-préputial. Plaques muqueuses buccales. — Syphilides papuleuses et circinées du cou. Condylomes des bourses.*

25 ans. Aucune tare pathologique. Bouton sur la verge (prépuce) datant des derniers jours de novembre. Eruption secondaire apparue depuis vingt jours. Cephalées. Lésions constatées exposées dans le diagnostic. État général médiocre.

	ANTIGÈNE			TRAITEMENT	ACCIDENTS
	0,1	0,2	0,3		
W. le 8 janvier.	H_1	H_0	H_0	Du 8 janv. au 12 fév.	Amélioration de l'état général.
14 —	H_3	H_2	H_1	16 piqûres de 0,03	
21 —	H_3	H_2	H_0	de biiodure de Hg (3	Rétrocession nette
29 —	H_2	H_2	H_1	par semaine).	mais lente des lésions.
5 février.	H_2	H_2	H_1		
12 —	H_2	H_1	H_0	Cesse le traitement.	Plus d'accidents.
24 —	H_3	H_2	H_1	Pilules de protoiodure de Hg de 0,05 n° 2	Plaques muqueuses de la gorge.
5 mars.	H_3	H_2	H_1	par jour jusqu'au	id.
24 —	H_2	H_1	H_0	24 mars.	id.
27 —	H_2	H_0	H_0	Salvarsan 0,60.	id.
4 avril.	H_2	H_1	H_1	Salvarsan 0,60.	id.
16 —	H_1	H_0	H_0		Toutes lésions guéries entre le 6 et le 10 avril. Perdu de vue.

En résumé, nous pouvons ici transcrire les réflexions faites pour notre précédent malade. Notre traitement toutefois n'a pas pu être si intensif. La récidive d'accidents sérieux nous a obligés à un traitement tardivement mixte puisque nous avons dû lui faire deux injections de Salvarsan. Ces injections n'ont, immédiatement, pas plus que le mercure, entravé la déviation du complément.

Un malade traité par le mercure associé à l'iodure.

Nous avons dû tardivement lui faire une injection de Salvarsan.

Observation X. — R. (n° 4). Entré le 28 décembre. — *Syphilis secondaire en pleine évolution ; roséole maculeuse, papuleuse par places. Syphilides circinées des angles naso-géniens. — Chancre actuellement cicatrisé du prépuce apparu vers le 15 octobre. Céphalée. — Arthropathies diffuses.*

34 ans. Pas de tares pathologiques.

	ANTIGÈNE			TRAITEMENT	ACCIDENTS
	0,1	0,2	0,3		
W. le 30 décemb.	H_3	H_3	H_1	Du 31 décembre au 5	Amélioration lente.
7 janvier.	H_3	H_1	H_0	mars prend tous les	25 janv. Condylomes
20 —	H_3	H_3	H_1	jours 2 centigr. de	anaux et syphilides
28 —	H_3	H_3	H_1	biodure de Hg et 3 gr.	du nez effacés.
3 février.	H_3	H_2	H_1	d'iodure en sirop.	Pas d'accidents.
10 —	H_3	H_2	H_0		
17 —	H_3	H_2	H_1		
5 mars.	*H_3*	*H_3*	*H_3*	Cesse le sirop.	
12 —	H_3	H_2	H_2		
18 —	*H_3*	*H_3*	*H_3*		
1er avril.	H_3	H_1	H_1	10 avril. Pilules de	10 avril. Réappari-
16 —	H_1	H_1	H_1	protoiodure de Hg à	tion de plaques mu-
21 —	H_2	H_1	H_1	0,05 nº 2 pendant	queuses.
29 —	H_3	H_1	H_1	1 mois.	Plaques muqueuses.
7 mai.	H_3	H_2	H_1	10 mai. Cesse les pi-	Disparition des pla-
14 —	H_3	H_1	H_1	lules.	ques.
21 —	H_3	H_1	H_0		Plaques muqueuses réapparaissent.
28 —	H_2	H_2	H_1	18 mai. Salvarsan 0,60.	Disparition rapide
4 juin.	H_2	H_1	H_1		des accidents.
11 —	H_2	H_1	H_1		
18 —	H_3	H_2	H_1		
25 —	H_2	H_1	H_1		Pas d'accidents. Excellent état général.

En résumé, si nous n'avions les 5 et 18 mars, deux Wassermann négatifs, et, entre les deux, un faiblement positif nous redirions encore les impressions écrites pour les deux malades précédents. Ces réactions vinrent au moment où le malade avait pris beaucoup de mercure, 128 centigrammes, et d'iodure ; n'aurions-nous pas été en droit de pronostiquer alors une longue trève. Huit jours après cependant des plaques muqueuses tenaces réapparaissent qui cèdent difficilement aux pilules en un mois pour se montrer de nouveau quelques jours après. Il semble que l'injection de Salvarsan que nous avons ainsi été conduits à faire ait eu un remarquable effet sur les accidents.

Quoi qu'il en soit du 1er avril jusqu'en juillet quelle que soit la thérapeutique le Wassermann est toujours resté franchement positif. Nous pouvons donc dire que sauf pendant un court laps de temps la séro-réaction ne suivit nullement les accidents. Nous pouvons affirmer que sa valeur pronostique fut nulle.

III. — Syphilitiques ayant des accidents tertiaires.

Trois malades traités par le Salvarsan.

Observation XI. — D. R. (n° 1). Entré le 12 décembre. — *Gommes syphilitiques de la cuisse et de la jambe droite datant de quinze à vingt jours. — Syphilis ignorée.*

Femme de 37 ans. D'un premier mariage un enfant bien portant. Second mariage il y a quatre ans en suite duquel s'aperçut d'érosions vulvaires, puis d'angine et de taches sur le corps. 4 grossesses, 4 avortements.

Il y a quinze jours notion de furoncles sur les jambes.

Il s'agit d'une gomme syphilitique nécrosée de la cuisse, d'une gomme en train de s'ulcérer de la jambe, de syphilides papulo et tuberculo squameuses des jambes.

Antérieurement aux séro-réactions a déjà reçu 3 injections de Salvarsan, les 12, 17 et 26 décembre (0,30, 0,50, 0,60).

	ANTIGÈNE			TRAITEMENT	ACCIDENTS
	0,1	0,2	0,3		
W. le 28 décemb.	H_3	H_0	H_0		Diminution rapide des accidents.
8 janvier.	H_2	H_1	H_0	4e inj. de Salvarsan le 6 janv.	
14 —	H_3	H_2	H_1		Cicatrisation dans les premiers jours de janvier.
21 —	H_3	H_2	H_0		
29 —	H_3	H_2	H_0		Plus d'accidents. Cicatrices.
5 février.	H_3	H_1	H_1		
12 —	H_2	H_1	H_0		
12 mars.	H_2	H_1	H_0		
25 —	H_3	H_2	H_1		
16 avril.	H_2	H_2	H_1		
24 —	H_3	H_3	H_3		
29 —	H_3	H_3	H_3		
18 juin.	H_3	H_3	H_3		Pas d'accidents. Très bon état général. Est enceinte de 4 mois. Prendra des pilules mercurielles.

En résumé nous ignorons l'état de la réaction avant le traitement et pendant les premières injections. Si le Salvarsan a eu une action sur elle celle-ci ne s'est manifestée que très tardivement, plus de trois mois et demi après. Mais à ce moment-là nous avons deux réactions négatives, puis un mois et demi après encore une réaction négative. Il est bien regrettable que nous n'ayons pu suivre la malade.

Donc action sur le Wassermann qui paraît certaine mais tardive, action en tout cas infiniment plus lente que celle obtenue sur les lésions.

Observation XII. — D. (n° 6). Entre le 3 janvier. *Gommes syphilitiques du pied et de la face dorsale de la main. Syphilis connue datant de 2 ans et demi. Pigmentaire du cou.*

54 ans. 4 enfants qui sont morts en bas âge. Pas d'antécédents pathologiques. Il y a 2 ans et demi aurait eu une petite plaie de la région du poignet droit qui mit 6 mois à se cicatriser. Elle eut ensuite des ulcérations de la bouche qu'un laryngologiste (Pr Lannois) considéra comme syphilitiques et pour lesquelles il institua un traitement pilulaire qui fut mal suivi. Il y a 1 an hydarthrose du genou droit qualifiée d'ostéoarthrite syphilitique. Indocile partit après la première piqûre.

Gomme ulcérée de la région antérieure du cou-de-pied. Gomme crue du dos de la main, ces lésions étant apparues depuis 2 mois.

Depuis 15 jours, un médecin en ville lui a fait un traitement mercuriel insuffisant.

	ANTIGÈNE			TRAITEMENT	ACCIDENTS
	0,1	0,2	0,3		
W. le 5 janvier	H_1	H_1	H_0	Salvarsan 0,30.	Amélioration rapide.
13 —	H_1	H_0	H_0	— 0,50.	
20 —	H_3	H_3	H_1	— 0,50.	
27 —	H_2	H_1	H_0	— 0,50.	La lésion ulcérée est cicatricielle.
5 février.	H_3	H_1	H_1		
12 —	H_2	H_2	H_1		La gomme de la main diminue.
19 —	H_3	H_2	H_1		
5 mars.	H_3	H_2	H_1		
25 —	H_3	H_3	H_3		La gomme de la main persiste mais très atténuée. Très bon état général.

En résumé. — Les réflexions à faire sont celles écrites pour le cas précédent ; notre observation cependant, plus courte, a moins de valeur.

Observation XIII. — M. A. (n° 8). Entre le 3 janvier. *Perforation du voile du palais et de la voûte palatine évoluant depuis 15 jours. Syphilis ignorée.*

Femme 31 ans. Pas d'antécédents pathologiques. Deux enfants de 7 et 5 ans, pas de fausse couche. Ignore spécificité. On n'en trouve pas trace. Il y a 1 mois s'est aperçue de gonflement au niveau de sa voûte palatine. Ulcération il y a 15 jours livrant dit-elle passage à un petit séquestre osseux. Se présente en consultation du larynx du Pr Lannois qui nous l'adresse.

Perforation de la voûte à bords déchiquetés anfractueux faisant communiquer librement la narine droite et la bouche.

	ANTIGÈNE			TRAITEMENT	ACCIDENTS
	0,1	0,2	0,3		
W. le 6 janvier.	H_3	H_1	H_1	Salvarsan 0,30.	Dès le 3e jour après l'injection amélioration subjective et objective considérable. Des diverticules de la perforation s'épidermisent.
13 —	H_2	H_1	H_0	— 0,50.	
20 —	H_1	H_0	H_0	— 0,50.	
27 —	H_3	H_3	H_1	— 0,60.	
3 février.	H_1	H_0	H_0		
12 —	H_3	H_2	H_0		
11 mars	H_3	H_1	H_1		3 février. Il ne reste qu'une perforation ovalaire et sèche qui paraît devoir être définitive.
18 —	H_2	H_1	H_0		
25 —	H_2	H_1	H_1		
1er avril.	H_1	H_1	H_1		

En résumé. — Voici un cas cliniquement analogue ou à peu près aux précédents. Les résultats thérapeutiques furent au moins aussi rapides et bons, mais nous n'avons obtenu aucun fléchissement de la réaction.

Une malade traitée par le mercure.

Observation XIV. — P. (n° 14). Entre le 1er décembre *Syphilides tertiaires des jambes à forme d'érythème induré de Bazin. Syphilis ignorée.*

25 ans. Pas d'antécédents pathologiques notables, n'a pas la notion d'une spécificité antérieure ; on n'en trouve pas trace. Depuis 2 mois apparition progressive sur les 2 jambes de maculo-papules, les unes profondément infiltrées et d'apparence crues, les autres ulcérées actuellement sur les deux jambes. Le Wassermann est pour beaucoup dans le diagnostic et le traitement faits.

	ANTIGÈNE			TRAITEMENT	ACCIDENTS
	0,1	0,2	0,3		
W. le 15 janvier.	H_3	H_1	H_0	Du 20 janv. au 24 fév. a eu 17 piqûres de biiodure de Hg de 0,04 (3 par semaine).	Amélioration au début rapide puis progressivement très lente.
23 —	H_3	H_2	H_1		
30 —	H_2	H_2	H_1		
5 février.	H_3	H_3	H_1		
12 —	H_2	H_1	H_0		
19 —	H_3	H_1	H_1		
24 —	H_3	H_3	H_1	Cessation des piqûres.	Il ne reste que des cicatrices et une ulcération très résistante.
5 mars.	H_3	H_3	H_3		
12 —	H_3	H_2	H_1		
18 —	H_3	H_2	H_2		
25 —	H_3	H_3	H_2		
1er avril.	H_3	H_3	H_2		
30 —	H_3	H_2	H_1		Pas d'accidents évolutifs.
6 mai.	H_3	H_2	H_1		Revient pour un érysipèle de la face avec récidive des accidents spécifiques des jambes.
14 —	H_3	H_2	H_1		
21 —	H_3	H_2	H_1		

En résumé. — Il semble bien que nos injections mercurielles aient eu une action parallèle et lente sur les accidents et la réaction. La réaction a même repris une certaine, mais faible, positivité alors que la malade était cliniquement sans lésions. Avons-nous le droit d'en conclure qu'elle nous permettait le pronostic qu'il était du reste, par ailleurs, logique de faire de récidive de ces lésions ?

IV. — Trois syphilitiques ayant des accidents quaternaires.

Deux malades traités par le Salvarsan.

Observation XV. — G. entre le 10 février (nº 18). *Syphilis probable il y a 30 ans. Tabes avec Argyll, Romberg, abolition des réflexes, ataxie, parésie vésicale évoluant au su du malade depuis 3 mois.*

49 ans. 7 enfants dont un seul est mort à 2 ans. Décrit à 18 ans une écorchure du gland qui guérit seule sans traitement. Pas d'éthylisme, pas de notable maladie. Depuis 3 mois s'est aperçu de troubles moteurs et douleurs fulgurantes, puis rapidement de toute une foule de symptômes tabétiques qui l'amènent. Depuis 15 jours est au lit.

Pas de lésion viscérale. Pas de troubles cérébraux.

	ANTIGÈNE			TRAITEMENT	ACCIDENTS
	0,1	0,2	0,3		
W. le 10 février.	H_3	H_2	H_1	Salvarsan 0,60.	
17 —	H_3	H_2	H_1	— 0,60.	
24 —	H_3	H_2	H_1	— 0,60.	Amélioration subjective
5 mars.	H_3	H_1	H_0	— 0,60.	notable.
12 —	H_1	H_1	H_1	— 0,30.	Disparition des troubles
18 —	H_2	H_2	H_2		urinaires.
25 —	H_3	H_2	H_2		Disparition des douleurs
1er avril.	H_3	H_2	H_1		lancinantes.
16 —	H_3	H_3	H_3		
20 —	H_3	H_3	H_3	Salvarsan 0,60.	Nouvelle amélioration sub-
27 —	H_3	H_2	H_1	— 0,60.	jective.
4 mai.	H_3	H_3	H_1	— 0,60.	
14 —	H_3	H_3	H_3	— 0,60.	
21 —	H_3	H_3	H_3		Le malade peut se lever et
28 —	H_3	H_2	H_2		circule avec des bé-
4 juin.	H_3	H_3	H_3		quilles ; ne souffre plus.
11 —	H_3	H_3	H_3		Symptômes somatiques
25 —	H_3	H_3	H_3		identiques.
9 juillet.	H_3	H_3	H_3		

En résumé. — C'est là un de nos cas des plus remarquables. La réaction était positive. Un mois après la 5e injection à 8 jours de distance

elle fut deux fois négative. Dans cette période d'absence d' « anticorps décelables » nouvelle série d'injections de Salvarsan ; la réaction se réactive puis devient négative et le reste un mois et demi sauf un jour où nos résultats si beaux, si schématiques sont détruits par un Wassermann faiblement positif. Et il faut reconnaître que cette atténuation de la réaction arrivant à la faire disparaître nous a paru, dans sa courbe reproduire exactement les impressions subjectives d'amélioration du malade. L'importance de ce fait est grosse ; de nombreux cas identiques seraient bien impressionnants ; nous nous garderons, certes, de généraliser ; ce serait trop vite prendre parti avec un trop faible argument, dans la discussion sur la curabilité du tabes par les médicaments antisyphilitiques.

Observation XVI. — C. Entre le 21 février (n° 22). *Syphilis ignorée ou niée. Paralysie générale évoluant depuis un an.*

40 ans. Fièvre typhoïde à 16 ans. Sa femme n'aurait jamais eu d'accidents mais a eu un enfant mort-né à 8 mois, puis 3 ans après une fille vivante actuellement (9 ans) qui avait à sa naissance une éruption bulleuse qui céda à un traitement mercuriel conseillé, puis fausse couche de 3 mois. Le malade n'a jamais suivi de traitement spécifique.

Troubles psychiques depuis un an et demi. Inégalité pupillaire, l'une des pupilles immobilisée en mydriase. Tremblements fibrillaires. Parole typique. Réflexes exagérés, pas de troubles de la démarche.

	ANTIGÈNE			TRAITEMENT	ACCIDENTS
	0,1	0,2	0,3		
W. le 24 février.	H_3	H_3	H_3	Salvarsan 0,50.	Evolution progressive.
5 mars.	H_2	H_1	H_0	— 0,60.	Aucune amélioration.
12 —	H_2	H_2	H_1	— 0,60.	
18 —	H_2	H_1	H_0	— 0,60.	
25 —	H_2	H_2	H_2		
1er avril.	H_3	H_3	H_3		
16 —	H_3	H_3	H_3	Salvarsan 0,50.	
20 —	H_2	H_2	H_2	— 0,60.	
30 —	H_3	H_3	H_3	— 0,60.	
6 mai.	H_3	H_3	H_2		
14 —	H_3	H_3	H_3		
21 —	H_3	H_3	H_3		
28 —	H_2	H_2	H_1		
4 juin.	H_3	H_2	H_1		
11 —	H_1	H_1	H_1		
18 —	H_2	H_2	H_1		
25 —	H_3	H_3	H_3		

Résumé. — Notre paralytique général ne nous a pas donné les satisfactions de notre autre quaternaire. Remarquons chez lui, la possibilité

d'une réactivation, et remarquons que 15 jours après son quatrième 606 son Wassermann était à 0 ; il s'y maintint, sauf un accident, un mois et demi. La réaction repartit alors de plus belle puis redescendit à 0 le 25 juin.

Pourquoi ces fluctuations ? Le Salvarsan a-t-il une action transitoire, car le problème de son action sur le sérum ne se pose pas ?

Nous n'avons qu'une certitude pour le cas de ce malade, c'est qu'il n'y a aucune possibilité d'envisager un parallélisme entre les modifications sériques et l'action thérapeutique ; cette dernière, et nous nous y attendions bien, fut inexistante.

Un malade traité par le mercure.

Observation XVII. — P. J. Entre le 10 février (n° 19). *Syphilis mal soignée il y à 18 ans. Tabes paraissant en évolution depuis 4 ans avec arthropathies des mains et des pieds, maux perforants plantaires, Argyll, Westphall, ataxie peu marquée. Insuffisance et rétrécissement aortiques.*

42 ans. Fièvre typhoïde à 20 ans en suite de laquelle il eut des troubles psychiques qui le firent enfermer 3 mois dans un asile. Rhumatisme articulaire aigu à 22 ans. A 25 ans chancre de la verge soigné par des pilules pendant 1 mois. Roséole, plaques muqueuses. Depuis lors aucun traitement, aucun accident jusqu'à il y a 4 ans; il commença alors à s'aperçevoir de ses arthropathies qui le gènent et ne le font pas souffrir, et de ses maux perforants.

	ANTIGÈNE			TRAITEMENT	ACCIDENTS
	0,1	0,2	0,3		
W. le 12 février.	H_3	H_3	H_1	Du 14 fév. au 26 mars, 18 piqûres de 0,04 de biiodure de Hg.	Pas d'amélioration.
24 —	H_3	H_3	H_3		
5 mars.	H_3	H_2	H_2		
12 —	H_3	H_1	H_1		
18 —	H_3	H_2	H_2		
25 —	H_3	H_3	H_3	Cessation du traitement.	
1er avril.	H_3	H_2	H_1		
16 —	H_3	H_2	H_2		
24 —	H_2	H_1	H_1		
29 —	H_3	H_2	H_2	Traitement repris à ce jour.	Mort le 29 avril d'un accès d'œdème aigu du poumon.

Résumé. — Il nous faut remarquer chez ce tabétique le peu d'intensité de sa séro-réaction avant et au début de son traitement. Il eut même, après 2 piqûres, un Wassermann négatif, et sa constatation amoindrit beaucoup l'intérêt de la séro-réaction négative du 25 mars.

C'est pourquoi nous n'osons pas affirmer que le mercure a beaucoup agi. Il n'a agi ni sur le sérum ni sur les accidents ; mais cette observation est trop courte.

V. — Deux syphilitiques héréditaires ayant des accidents.

Deux malades traités au sirop mercuriel et ioduré.

Observation XVIII. — J. C. (n° 5). Entré le 15 décembre. *Syphilis héréditaire tardive. Ostéite syphilitique du tibia droit en évolution depuis 5 ans.*

Jeune fille vierge 18 ans. Père inconnu. Pas d'accidents de l'enfance. Il y a 6 ans à la suite d'un traumatisme apparition de plaies sur les deux jambes qu'elle décrit mal et qui guérirent par des cautérisations ? Ces plaies se généralisèrent à la figure où elles évoluèrent 5 ans et finirent par guérir sans traitement spécifique. Depuis lors hypertrophie totale du tibia droit qui grossit actuellement encore, est allongé de 3 centimètres et demi et donne à la jambe une circonférence supérieure de 2, 3, 4 centimètres à la circonférence de l'autre jambe.

Pas d'autre tare d'hérédo-spécificité.

	ANTIGÈNE			TRAITEMENT	ACCIDENTS
	0,1	0,2	0,3		
W. le 26 décemb.	H_3	H_2	H_0	Du 22 décembre	Pas d'action manifeste.
1er janvier.	H_3	H_3	H_1	au 3 mars. Sirop	
7 —	H_2	H_2	H_1	contenant pro	
14 —	H_2	H_1	H_0	die 2 centigr. de	
21 —	H_3	H_1	H_0	biiodure de Hg,	
29 —	H_1	H_0	H_0	3 gr. d'iodure de	
5 février.	H_1	H_0	H_0	K.	
12 —	H_3	H_2	H_1		
19 —	H_3	H_1	H_1		
24 —	H_1	H_1	H_1		
5 mars.	H_3	H_2	H_1	Cesse le sirop.	
12 —	H_3	H_2	H_2		
18 —	H_3	H_3	H_3		
25 —	H_3	H_3	H_3		D'une façon générale, le
1er avril.	H_3	H_3	H_3		traitement paraît avoir
16 —	H_2	H_2	H_1		occasionné des dou-
24 —	H_1	H_1	H_1	Reprend le sirop.	leurs dans le tibia.
30 —	H_3	H_1	H_1		La jambe a diminué de
6 mai.	H_3	H_1	H_1		1cm de circonférence.
16 —	H_3	H_2	H_1		Etat général très amélioré.

En résumé les grosses doses de sirop mixte que notre malade a pris paraissent bien avoir annulé sa réaction (140 centigrammes de bi-

iodure en 70 jours). Mais après 3 réactions négatives le Wassermann est redevenu aussi intensément positif qu'auparavant. On remarquera en lisant les dates qu'il ne peut être question de réactivation. L'action thérapeutique est trop imprécise pour que nous en tirions des conclusions.

OBSERVATION XIX. — B. (n° 10.) Entré le 10 janvier. *Labyrinthite par spécificité héréditaire tardive datant de 3 ans. Surdité complète.*

16 ans. Père mort (?) 2 sœurs bien portantes. Une sœur morte à 3 ans « ayant pris du mal sur tout le corps ». A 8 ans accidents cutanés de nature indéterminée, localisés dans la région du cou. Surdité progressive et rapidement constituée depuis 2 ans et demi. Pas de troubles de la parole. Bon état général.

	ANTIGÈNE			TRAITEMENT	ACCIDENTS
	0,1	0,2	0,3		
W. le 13 janvier.	H_1	H_1	H_0	Du 13 janv. au 5 mars.	Aucune modification.
21 —	H_1	H_0	H_0	Sirop contenant pro	
29 —	H_2	H_1	H_0	die 2 centigr. de bi-	
5 février.	H_3	H_2	H_0	iodure de Hg et 3 gr.	
12 —	H_1	H_0	H_0	d'iodure de K.	
19 —	H_2	H_1	H_1		
26 —	H_3	H_2	H_1		
5 mars.	H_3	H_2	H_1	Cesse le sirop.	Rougeole bénigne.
25 —	H_2	H_1	H_1		
1er avril.	H_3	H_2	H_1		
16 —	H_3	H_2	H_1	Reprend le sirop.	
24 —	H_3	H_3	H_1		
30 —	H_3	H_1	H_1		
6 mai.	H_3	H_1	H_0		
14 —	H_3	H_2	H_1		
21 —	H_3	H_2	H_1	Cesse le sirop.	
28 —	H_3	H_2	H_1		
4 juin.	H_2	H_1	H_0		
11 —	H_2	H_2	H_1		
18 —	H_2	H_1	H_1		
26 —	H_2	H_1	H_1		Aucune modification.

En résumé doses analogues de sirop mixte, malade comparable au précédent, et différence complète entre les résultats obtenus sur le sang. Cette réaction n'a fléchi à aucun moment. Nous ne pouvons envisager la question de l'effet thérapeutique qui fut nul.

VI. — Tabétique sans traitement spécifique.

Observation XX. — X. Syphilis ignorée. *Tabes à évolution lente confinant le malade à l'hôpital depuis plusieurs années.*

	Antigène 0,1	Antigène 0,2	Antigène 0,3	TRAITEMENT	ACCIDENTS
W. le 24 avril.	H_3	H_2	H_1	Pas de traitement.	Rien à signaler pendant la période où furent faites les séro-réactions.
30 —	H_3	H_2	H_2		
6 mai.	H_3	H_2	H_1		
14 —	H_3	H_1	H_1		
21 —	H_3	H_2	H_2		
28 —	H_3	H_2	H_2		
4 juin.	H_3	H_2	H_2		
11 —	H_2	H_1	H_1		

Nous avons expliqué le pourquoi de cette série de séro-réactions. Nous avions pensé que, soit faute de l'expérimentateur, soit faute des spontanées modifications humorales, les syphilitiques non traités donneraient des Wassermann différents aux différents jours de prise du sang. Un coup d'œil sur ce tableau nous prouve que s'il existe d'un jour à l'autre des différences, elles sont minimes, et voilà qui est certes bien pour renforcer la valeur des modifications obtenues que l'on peut lire dans nos autres observations. Mais encore une fois, et, c'est volontairement que nous nous répétons, nous n'avons encore qu'un cas, et suivi trop peu longtemps ; nous n'érigeons rien en loi ni même en coutume.

RÉSUMÉ

Si nous groupons en un bref tableau les résultats que nous venons d'énumérer et discuter, nous obtenons les chiffres suivants :

Cinq syphilitiques primaires (traitement abortif par le 606) :

Deux fois action très nette du médicament sur la réaction qui est rendue négative.

Deux fois aucune action.

Une fois action probable ; mais cas trop peu longtemps observé, et association du mercure au traitement arsenical.

Deux syphilitiques secondaires (traitement par le 606) :

Premier malade : aucune modification du Wassermann.

Deuxième malade : action manifeste ; réaction obtenue négative, mais qui devient de nouveau positive (observation trop courte).

Deux syphilitiques secondaires (traitement mercuriel : injections de biiodure) :

Aucune action.

Un syphilitique secondaire (traitement mercuriel et ioduré en sirop) :

Action très passagère.

Trois syphilitiques tertiaires (traitement par le 606) :

Pas d'action dans un cas malgré la guérison clinique.

Action tardive (2 mois et 3 mois et demi) dans les deux autres, plus tardive que sur les lésions.

Un syphilitique tertiaire (traitement mercuriel : injections de biiodure) :

Action passagère sur le Wassermann et sur les lésions.

Deux syphilitiques quaternaires (traitement par le 606) :

Action certaine parallèle à l'amélioration subjective et objective dans un cas de tabes.

Action momentanée sur la réaction dans un cas de paralysie générale.

Deux syphilitiques héréditaires (traitement mercuriel et ioduré en sirop) :

Une fois aucune action.

Une fois action tardive et momentanée.

Un syphilitique quaternaire non traité :

Wassermann toujours identique à lui-même.

CONCLUSIONS

Chez les syphilitiques la réaction de Wassermann présente souvent mais non toujours des modifications sous l'influence des traitements spécifiques. Les réactions positives deviennent fréquemment mais non toujours négatives.

Les atténuations ou disparitions ne suivent pas une courbe régulière ; elles ne sont souvent que momentanées, et il est fréquent de voir une réaction d'un sens s'intercaler entre plusieurs de sens contraire.

Le traitement par l'arsénobenzol a une plus grande et plus constante action sur la réaction que le traitement mercuriel ou mercuriel et ioduré.

Ces modifications de la réaction ne sont pas toujours parallèles aux modifications des lésions. Les accidents syphilitiques disparaissent en général bien plus vite. Nous avons obtenu des réactions négatives à toutes les périodes et à tous les âges de la syphilis ; cependant les

réactions des syphilis jeunes nous paraîssent plus facilement influençables.

Après 7 mois seulement de réactions hebdomadaires nous ne nous sentons pas en droit de tirer de notre expérience des conclusions touchant le pronostic de la maladie et le classement des thérapeutiques.

Nous ignorons ce qu'est la réaction de Wassermann. Nous ignorons ce que signifie la constatation dans le sérum des syphilitiques de ces substances que nous n'appelons anticorps que pour employer la terminologie habituelle ; nous ignorons absolument encore quel est le rapport entre ces « anticorps » constatables et les anticorps vrais existants ou l'antigène. Pour ces raisons de logique et à cause de nombreuses constatations nous ne pouvons consentir à mettre les renseignements donnés par la réaction de Wassermann, par une réaction de Wassermann surtout qui nous renseignera sur l'un des états peut-être momentané du reste du sérum du malade, au-dessus de l'enseignement des faits cliniques et de l'expérience : la réaction de Wassermann ne peut être un guide thérapeutique de grande valeur.

EXANTHÈMES SYPHILITIQUES SECONDAIRES ET HECTINE

Par le Dr **E. Bizzozero,** privat-docent de Dermatologie et de Syphiligraphie.

(Travail de l'Institut polyclinique de Turin. Section du Dr R. Bovero, privat-docent).

On sait que, chez les syphilitiques énergiquement traités par le mercure ou par le Salvarsan, les manifestations secondaires cutanées consistent parfois en des lésions qui diffèrent sensiblement, par leur nombre, leur aspect et leur localisation, de celles qu'on constate ordinairement aux périodes correspondantes de la maladie.

Thalmann (1) a observé, dans quelques cas, un phénomène qui, d'ailleurs n'avait pas échappé aux anciens syhiligraphes. Lorsqu'on appliquait le traitement mercuriel immédiatement après l'apparition du chancre, les premières manifestations cutanées apparaissant un mois et demi à trois mois après l'interruption de la cure se réduisaient à un petit nombre de lésions, quelquefois à une seule, fort semblable au syphilome initial, suivies d'adénite et de roséole.

Friboes (2), Heim (3), Desneux et Dujardin (4), Scherber (5), Veress (6) ont publié des lésions chancriformes de la période secondaire, après des traitements précoces par le mercure ou par le Salvarsan.

Oppenheim (7) a vu, chez nombreux sujets, les manifestations secondaires, apparues au cours ou au bout d'un traitement par le mercure ou par le Salvarsan, présenter un tableau fort semblable à celui de l'érythème exsudatif polymorphe. Elles étaient en effet constituées par des lésions rougeâtres, succulentes, parfois douloureuses et souvent localisées à la surface d'extension des extrémités.

Bettmann (8) a publié les observations de sujets traités par le Salvarsan dans la période de deuxième incubation ou au début de la période secondaire après l'apparition d'un exanthème typique et il en résulte qu'en plusieurs cas l'éruption est caractérisée par la rareté des lésions. Celles-ci sont représentées tantôt par de petites papules groupées en amas circinés ou serpigineux ou en cocarde, tantôt par des papules lentiformes, tantôt par des papules géantes, parfois couvertes de squames, de manière à simuler les éléments du psoriasis vulgaire.

Dans un cas, traité aussi par le 606, il se produisit trois mois après l'apparition de l'accident initial, une syphilide corymbiforme des avant-bras.

Wehner (9) a observé un cas où l'injection du Salvarsan fut suivie de l'apparition de gommes dans la première année de l'infection ; dans

un autre cas il constata, peu de semaines après la formation du chancre, un exanthème papuleux et pustuleux diffus, suivi trois mois plus tard par une gomme ulcérée de la langue.

Knaur (10) décrit des manifestations consécutives à un traitement précoce par le Salvarsan se produisant, dans un cas, un mois après l'injection, dans un autre cas, au bout de six semaines. Elles consistaient, dans le premier cas, en des lésions papulo-squameuses, la plupart localisées aux bras et croûteuses, sur le cuir chevelu; dans l'autre cas en un exanthème psoriasiforme sur la tête, les épaules et les bras.

Voulant expliquer le cours irrégulier de la syphilis chez les malades soumis à un traitement précoce par le mercure, Thalmann a avancé une théorie qu'ont sympathiquement accueillie les auteurs qui se sont occupés par la suite de cet argument.

Suivant Thalmann, un traitement commencé dès les débuts de la maladie, tout en ne tuant pas complètement les spirochètes qui se sont déjà multipliés, en détruit tout de même une bonne partie. Comme l'infection ne fait que de débuter, la quantité des spirochètes détruits est relativement petite, et la quantité des endotoxines se dégageant dans l'organisme ne peut être, elle non plus, considérable. L'action du remède une fois cessée, les rares germes qu'il n'a pas atteints, se trouvent en des foyers épars, dans un organisme peu riche en anticorps. Rien d'étonnant à ce que leur multiplication ultérieure donne lieu à des lésions évoquant le chancre primitif.

Wehner retoucha légèrement cette théorie, par rapport au Salvarsan. Il expliqua l'apparition de manifestations tertiaires dans la période secondaire par un état spécial d'irritation des spirochètes échappés à l'action du Salvarsan.

Il s'ensuit de ce que nous venons d'exposer que le mercure et le Salvarsan, surtout dans un traitement précoce, ont quelquefois le pouvoir de modifier considérablement le tableau ordinaire de la syphilis secondaire. Pour ce qui est de l'hectine, malgré la quantité de publications qui lui ont été consacrées, personne ne l'a jusqu'ici étudiée à ce poin de vue. J'ai donc cru qu'il serait intéressant d'expérimenter dans ce sens l'action de ce remède. Composé organique de l'arsenic de même que le Salvarsan, il a une efficacité de beaucoup inférieure ; mais il ne laisse pas de posséder comme antisyphilitique une action considérable. J'entrepris d'autant plus volontiers cette étude que des expériences précédentes, faites dans le but d'étudier l'effet des injections d'hectine sur le chancre primitif, m'avaient amené à constater, un mois environ après l'apparition de l'accident, des exanthèmes différant sensiblement de la roséole ordinaire. Je n'ai pu, malheureusement,

tirer grand profit de ces observations dans l'intérêt de mes recherches actuelles; la plupart des malades, l'ulcération une fois guérie, ne se présentent plus dans le service, et l'idée ne m'était pas venue dès le début — car je n'étais pas encore décidé à étudier cette question — de noter les différentes manifestations se succédant chez les malades. Je continuai donc mes recherches et il m'a été possible, en administrant des injections intra-musculaires d'hectine, de rassembler un certain nombre de cas témoignant de l'influence que l'hectine peut parfois exercer sur les accidents secondaires cutanés.

Voici, en peu de mots, quelle méthode j'ai suivie. Une fois constatée l'existence des spirochètes dans le chancre syphilitique, je recourais à l'emploi de l'hectine. Le dosage des injections variait naturellement suivant les cas; j'injectais une quantité totale de 0 gr. 35, 0 gr. 60, 0 gr. 70 si les injections pratiquées dans le chancre n'avaient d'autre but que d'en favoriser la guérison; dans les autres cas la quantité s'élevait à 1 gr. 50, 1 gr. 60, par voie intra-musculaire. Je suspendais le traitement aussitôt que j'apercevais les premières manifestations pour ne pas altérer l'évolution du processus.

Chez plusieurs malades, au bout de 35 à 40 jours, la roséole apparut avec ses caractères habituels; chez d'autres, au contraire, les manifestations cutanées se développèrent avec des particularités que nous allons décrire, dans l'étude de chaque cas. Remarquons dès maintenant que le degré d'anomalie dans les manifestations cutanées ne se trouve jamais proportionnel aux doses du médicament injecté : tandis que, chez quelques malades, une dose totale variant entre 0 gr. 35 et 0 gr. 70 amena des exanthèmes d'un aspect tout spécial, chez d'autres, après des injections de 1 gr. 25 à 1 gr. 60 les manifestations se bornèrent à la roséole primitive.

Observation I. — Le 31 janvier. Chancre spécifique au gland depuis huit jours, adénopathie bi-inguinale. Injections intra-musculaires d'H. de gr. 0,10—0,20 tous les deux ou trois jours. Dose totale de 1 gr. 50. Au bout d'un mois environ éruption remarquable, surtout sur le tronc, sur les cuisses, aux bras et aux avant-bras, de taches roses de la grosseur d'une lentille, dont plusieurs portant une à trois petites papules rouges, surélevées, de la grosseur d'une tête d'épingle, correspondant à des follicules. Grâce à des injections de sublimé (0 gr. 01 pro die) l'éruption disparut complètement au bout de quinze jours.

Observation II. — Le 8 avril. Chancre du sillon balano-préputiel, aucune adénopathie. Injections d'H. dans le chancre, dose totale injectée de gr. 0,70. 50 jours après l'apparition du chancre, apparition des premières manifestations cutanées, localisées exclusivement sur le tronc, consistant en une quinzaine de petites papules, d'une grosseur variant entre celle d'un grain de poivre et celle d'un grain de froment, d'un rouge cuivre. Aucune trace de roséole. Disparition rapide par le traitement mercuriel.

Observation III. — Le 9 novembre. Chancre syphilitique à la muqueuse du prépuce et adénopathie bi-inguinale. Injections d'H. dans le syphilome initial; dose totale de 0 gr. 70. Au bout d'un mois, apparition d'environ 30 taches de roséole, localisées sur le tronc. 30 injections de sublimé (0 gr.01 pro die). Un mois environ après la fin du traitement, le malade se représente dans notre service porteur d'une roséole récidivante, fort curieuse par l'aspect des lésions et leur localisation. Celles-ci ont toutes une forme annulaire, ronde ou ovale, et atteignent même comme dimension diamétrale maxima, 5 centimètres, groupées en amas nettement symétriques, elles se localisent exclusivement sur le cou, sur les régions scapulaires, deltoïdiennes, à la surface de flexion des bras et sur les plis des coudes; aucune trace d'exanthème sur le reste de la surface cutanée; sauf sur l'abdomen où l'on constate deux taches. La couleur varie suivant les régions. Les efflorescences situées sur le cou et à la surface de flexion des coudes sont d'un rouge foncé et montrent une desquamation et une légère infiltration appréciable au toucher. Les autres sont roses comme ordinairement. Traité par des injections de sublimé, l'exanthème disparaît au bout de 9 jours.

Observation IV. — Le 15 décembre. Chancre syphilitique depuis 17 jours. Adénopathie unilatérale. Injection intrafessière d'une quantité totale d'H. de 0 gr. 95. Les premières manifestations apparaissent 40 jours après l'apparition du chancre et sont constituées par de petites papules situées aux avant-bras. Au bout de six jours, grâce à la formation de nouveaux éléments, l'exanthème a atteint son plein développement. On le trouve constitué par un grand nombre de petites papules de grosseur inégale, les unes n'étant pas plus grandes qu'un point, les autres ayant la grandeur d'une tête d'épingle ou d'un grain de poivre, rougeâtres, surélevées, dures, brillantes, semblables aux papules du *lichen plan,* point du tout confluentes. Elles sont situées sur le tronc, sur la verge, sur les cuisses, aux bras et aux avant-bras; on observe çà et là, au cuir chevelu, correspondant à des poils, de petites papules couvertes de croûtes brunâtres. Une injection de sublimé de 0 g. 01 amène une exacerbation des lésions, l'apparition d'efflorescences analogues aux jambes, et de rares taches de roséole urticarienne. Après 8 injections de sublimé (dose de 0 gr.01 par injection) les efflorescences lichénoïdes ne présentent aucune modification; la roséole urticarienne seule disparaît. On suspend la cure, pour la reprendre au bout de neuf jours; quatre injections font disparaître presque complètement toutes les manifestations. C'est donc avec beaucoup d'étonnement qu'on voit apparaître sur l'abdomen, sur les cuisses surtout, au cours du traitement le plus régulier, des efflorescences lichénoïdes parfaitement identiques à celles que nous avons déjà décrites, qui, rares d'abord, deviennent peu à peu plus nombreuses et ne rétrocèdent qu'après 25 jours de traitement.

Observation V. — Le 16 décembre. Trois chancres au sillon déjà épidermisés; panadénopathie. Injection de 0 gr. 75 d'H. dans les fesses (0 gr. 10 pro die). Le malade s'absente le 11 janvier et ne se représente que le 12 février. Très intelligent, il déclare s'être soigneusement examiné le tronc tous les matins et n'avoir jamais remarqué la présence de manifestations

autres que celles existant actuellement. Celles-ci éclatèrent vers la fin du mois de janvier. L'examen nous fait constater sur le cou, sur les régions latérales du front, sur les cuisses, sur la surface de contact avec le scrotum une éruption de petites papules de la grosseur d'une tête d'épingle, d'un rouge foncé, les unes isolées, les autres confluentes, relevées, dures, lichénoïdes; on aperçoit au milieu d'elles des petites taches pigmentaires de même grosseur, traces d'efflorescence ayant déjà retrocédé. Le cuir chevelu est couvert de papules d'un rouge cuivré, de la grosseur d'un grain de poivre; il présente en outre une alopécie en clairière. Après quelques injections de sublimé les manifestations rétrocèdent et se réduisent à de simples taches pigmentaires.

Observation VI. — Le 27 novembre. Chancre spécifique à la peau du prépuce depuis une semaine. Adénopathie grave. On injecte dans l'ulcère une quantité totale d'H. de 0 gr. 85 qui cette fois n'en modifia pas l'aspect. Le onze décembre (22 jours après l'apparition du chancre), tout le corps est envahi par un exanthème papuleux devenant ulcéreux en peu de jours. Les lésions ont une grandeur variant entre celle d'une pièce d'un centime et celle d'une pièce de deux sous, et sont couvertes de croûtes stratifiées, brunâtres; syphilides acnéitormes du cuir chevelu. Les lésions rétrocèdent grâce à une énergique cure mercurielle (0 gr. 02 de sublimé pro die). Mais plus tard l'on a deux récidives, présentant les mêmes caractères, aussitôt qu'on interrompt le traitement.

Obervation VII. — Le 14 février. Chancre ulcéreux depuis 5 jours. Adénopathie bi-inguinale. Injections intra-musculaires d'H. Dose totale de 1 gr. 20. Le 17 mars, apparition de deux papules situées l'une sur l'abdomen près de l'ombilic, l'autre près du creux axillaire droit. Le 22 mars, a première efflorescence a atteint la grosseur d'un grain de poivre et a pris une teinte rose; la deuxième est un peu plus grande qu'une lentille, d'un rouge cuivré foncé, nettement infiltrée, couverte en majeure partie d'une croûte. Du 26 au 31 mars, apparition de taches de roséole urticarienne, exclusivement localisées aux avant-bras et de quelques papules à la paume de la main gauche (psoriasis palmaire spécifique); à partir du 4, le malade néglige de se présenter à l'Institut polyclinique; il n'y revient que le 25, porteur d'un exanthème maculo-papuleux diffus sur tout le corps. Nouvelle absence du malade jusqu'au 7 mai. L'éruption, sur le dos, présente encore maintenant des papules lentiformes, mais, surtout, des taches de roséole montrant la plupart une quantité variable de petites papules (2-3-5), de la grosseur d'une tête d'épingle, d'un rouge foncé, correspondant aux follicules des poils, adossées en plus d'un endroit les unes aux autres. Un nombre considérable d'efflorescences lichénoïdes isolées s'observe sur le tronc. On voit aux extrémités inférieures une quantité de papules couvertes de squames, évoquant l'aspect du psoriasis.

Les cas que nous venons de rapporter nous permettent d'affirmer, en résumé, que l'emploi de l'H. par doses modérées dans la période de seconde incubation, n'a jamais retardé, chez mes malades, l'apparition des accidents secondaires et que ceux-ci, tout en gardant en quelques

cas leurs caractères réguliers, ont revêtu aussi souvent la forme d'exanthèmes papulo-lenticulaires, lichénoïdes, ulcéreux, plus d'une fois avec des localisations anomales. Tout cela nous prouve que l'H. a, à ce point de vue, une action analogue à celle du Salvarsan.

Or il est logique de se demander s'il est possible de fonder sur ce que nous savons de l'étiologie et de la pathogénie de la syphilis, une interprétation plausible de ce cours anomal de l'infection syphilitique ? La théorie de Thalmann peut-elle être invoquée dans notre cas ?

On voit aisément, à bien considérer les manifestations fournies par nos sept malades, que la théorie de Thalmann ne suffit pas, à elle seule, pour en expliquer tous les caractères. En effet elle ne peut être que partiellement appliquée aux cas 2, 5, 7, où la quantité relativement petite des éléments constituant l'exanthème, du moins pendant un certain temps, s'explique peut-être par la destruction vigoureuse de spirochètes qu'a exécutée l'agent thérapeutique. Mais le dégagement d'endotoxines et la prolifération d'anticorps, deux bases essentielles de la théorie de Thalmann, ne nous expliquent point l'aspect spécial des lésions ni les localisations anomales que nous avons décrits tout à l'heure. La théorie de Thalmann explique l'apparition, dans la période secondaire, de lésions rares, parfois uniques, ressemblant extrêmement au chancre induré. On ne peut donc pas l'adopter, lorsqu'il s'agit d'expliquer la présence de lésions revêtant, dans leur ensemble, l'aspect de manifestations tardives. En effet si tout le processus déterminé par l'emploi de l'H. se réduisait à une destruction de spirochètes et à une production d'anticorps, on peut se demander pourquoi aucun des cas que nous venons d'étudier n'a-t-il présenté des lésions ayant les caractères du chancre primitif ; pourquoi, d'autre part, des exanthèmes du genre de ceux que nous avons décrits, ne se rencontrent-ils pas aussi fréquemment chez les malades soumis à une cure mercurielle précoce ?

Ces considérations nous amènent nécessairement à reconnaître d'autres propriétés de l'hectine. Celle-ci n'agirait pas seulement comme destructrice des spirochètes. Son action serait plus complexe ; elle s'exercerait ou sur les spirochètes échappés à l'agent thérapeutique ou sur l'organisme même.

Pour ce qui est de la première hypothèse, on ne peut pas nier, à priori, qu'une certaine quantité de spirochètes, au lieu d'être tués par le remède, sous son influence sont stimulés, irrités. Cela fut admis par Ehrlich pour expliquer la réaction de Herxheimer provoquée par l'injection de Salvarsan, et par Wehner pour expliquer l'apparition de manifestations tertiaires dans les premières phases de la maladie. Nos cas 1, 4, 5, 6, 7, confirmeraient cette hypothèse. Ils nous ont présenté des exanthèmes lichénoïdes et ulcéreux témoignant ordinairement d'une gravité particulière de l'infection syphilitique.

Mais il faut bien considérer l'histoire clinique de nos cas. On voit aisément qu'ils fournissent une confirmation illusoire, bien plus que réelle. Il en résulte que le cours de la maladie ne manque pas de démentir le pronostic peu favorable que le caractère de l'éruption faisait d'abord présumer. Sauf le cas VI où la nature maligne de l'infection se révéla dès l'abord par la façon dont le chancre s'est comporté vis-à-vis de l'hectine, dans tous les autres cas les efflorescences lichénoïdes cédèrent rapidement, — ce qui n'arrive pas ordinairement — au traitement mercuriel. Il en est de même pour le cas IV, où les efflorescences se montrèrent, il est vrai, particulièrement résistantes à l'action du mercure mais où les conditions générales sont restées toujours excellentes, et où il n'y eut à déplorer aucune récidive dans les mois suivants, même après des interruptions prolongées du traitement. Cela contredit, évidemment, l'hypothèse d'une sorte de stimulation des parasites sous l'influence du remède.

Cette hypothèse laisse, en outre, sans solution le problème que nous présentent les localisations anomales des efflorescences dans les cas 3, 5, 7. Il est plus admissible, à mon avis, que ces anomalies correspondent à des modifications de l'organisme par lesquelles des régions ordinairement indemnes se transforment en sièges de lésions spécifiques tandis que restent indemnes celles qui en constituaient ordinairement le siège préféré.

Si l'on considère les cas 1, 2 et ceux déjà cités 4, 5, 7, l'hypothèse en question en paraîtra encore moins admissible, et on verra l'avantage d'accepter notre manière de voir. Ici, il s'agit d'exanthèmes dont l'apparition, qui a lieu ordinairement dans une période avancée de la maladie, suit, à la distance d'un mois environ, celle de la lésion initiale.

Or, les travaux récents de Finger et Landsteiner, Queyrat, Neisser, Ehrmann, Hutchinson, Pinard, Assmy, Campana, etc. ont prouvé que les différents caractères des manifestations cutanées, aux différentes périodes de la maladie, ne correspondent pas à des modifications des propriétés biologiques du virus. Ils tirent leurs origines des modifications qu'apportent à la faculté de réaction de l'organisme les processus d'immunisation qui s'y développent graduellement. En d'autres termes le spirochète qui produit le chancre primitif ne diffère pas, par ses propriétés, de celui qui produit la papule et la gomme ; la différence entre les lésions caractérisant les différentes périodes de la maladie n'est à attribuer qu'aux modifications graduelles du terrain où elle réside (Umstimmung). A vouloir appliquer les résultats de nos recherches à l'interprétation de nos cas, on peut donc en conclure que l'apparition précoce des exanthèmes décrits plus haut ne saurait être considérée comme le résultat d'un état spécial d'excitation des spirochètes, mais qu'il faut y voir l'expression d'une modification précoce de la façon dont l'organisme se comporte vis-à-vis d'eux. Ce qui nous amène à recon-

naître parmi les propriétés de l'hectine, outre la destruction des spirochètes, la stimulation du processus d'immunisation dans l'organisme.

BIBLIOGRAPHIE

(1) Thalmann, « Die Frühbehandlung der Syphilis. *Münchener medicinische Wochenschrift,* 1907, n° 13, p. 603.

(2) Friboes, « Ueber Pseudoprimäraffekte nach intensiver Behandlung in Frühstadium der Syphilis ». *Dermatologische Zeitschrift,* Bd. XVIII, Heft. 6, juni 1911, p. 543.

(3) Heim, « Primäraffektartige Bildungen im Verlaufe der Syphilis ». *Dermatologische Centralblatt,* august 1911, n° 11, p. 325.

(4) Desneux u. Dujardin, « Ueber Abweichungen im Verlaufe der Syphilis nach Anwendung von Arsenobenzol ». *Münchener medicinische Wochenschrift,* n° 40, 1911, p. 2111.

(5) Scherber, « Die Frühbehandlung der Syphilis ». *Dermatologische Zeitschrift,* Bd. XVIII, juni 1911, Heft. 6, p. 555.

(6) Veress, « Veränderungen im Verlaufe der Syphilis nach intensiver Behandlung. Ueber Pseudoreinfektion u. Frührecidive ». *Dermatologische Wochenschrift,* 1912, n° 1, p. 22 — n° 2, p. 62.

(7) Oppenheim, « Ueber Syphiliseruptionen, die während energischer Quecksilberbehandlung und kurze Zeit nach dieser oder auch nach Arsenobenzolinjektion auftreten ». *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* April 1911, Bd. CVII, Heft 1-3, p. 123.

— « Ueber einige durch Salvarsanbehandlung bedingte Eigentümlichkeiten kutaner Syphilis ». *Wiener klinische Wochenschrift,* n° 40, 1911, p. 1390.

— « Ueber Syphilisexanthena nach Salvarsanbehandlung ». *Wiener klinische Wochenschrift,* n° 22, 1912, p. 838.

(8) Bettmann, « Ueber kutane Frührezidive der Syphilis nach Salvarsanbehandlung ». *Deutsche medizinische Wochenschrift,* n° 10, 1911, p. 438.

(9) Wehner, « Ueber das Vorkommen spätluetischer Erscheinungen im Frühstadium der Syphilis nach Salvarsaninjektion ». *Münchener medicinische Wochenschrift,* 1911, n° 32, p. 1724.

(10) Knaur, « Präventivbehandlung der Syphilis mit Salvarsan ». *Wiener klinische Wochenschrift,* 1911, n° 13, p. 453.

ÉTUDE DES LYMPHODERMIES ET DES MYÉLODERMIES (MANIFESTATIONS CUTANÉES DES ÉTATS LEUCÉMIQUES ET ALEUCÉMIQUES).

(Suite) (1).

Par le Dr **A. Nanta,** ancien interne des Hôpitaux.

(Travail de la Clinique de l'Université de Toulouse [Pr. Audry].)

FORMES CLINIQUES

I. *Tumeurs.* — 1. Il existe un type de tumeurs indolentes, persistantes, n'ayant pas de tendance à l'ulcération, ordinairement peu nombreuses, groupées ou très isolées, et très souvent symétriques.

En voici un exemple (malade de Kreibich et de Kaposi). A. M..., 63 ans, a remarqué en juillet 1896 une tache rouge sur la joue gauche. Cette tache s'est tuméfiée et en mars 1897 formait tumeur. Depuis lors d'autres tumeurs ont paru. Actuellement elles ont envahi le visage entier : elles occupent les paupières, la racine du nez, les joues, le nez, le menton et les oreilles. Elles sont de la taille d'un œuf de pigeon ou d'un œuf de poule, de couleur violacée, de consistance régulière, à peau mince non plissable et brillante. Le nez est doublé de volume. Il y a quelques tumeurs sur les avant-bras.

On trouve de gros ganglions superficiels disséminés, le foie et la rate hypertrophiés. Il y a des douleurs osseuses, de la fièvre.

Examen du sang : anémie légère, leucémie lymphatique (120 000 globules blancs dont 92 pour 100 lymphocytes).

Cet état a persisté pendant plusieurs années.

Arning et Hensel ont présenté un exemple de tumeurs disséminées sur le corps.

Garçon de 9 ans. En 1907 (à 8 ans), ont paru sur les membres de petites taches rouges indolentes, qui deviennent bientôt bleuâtres, mates, se soulèvent et forment des nodules de plus en plus gros. Ces nodules ont la taille d'un pois ou d'une noisette ; ils sont arrondis, disséminés sur le corps, rouges si leur taille est petite, bleu foncé s'ils sont gros. Ils prédominent sur les faces d'extension. Le visage est atteint tardivement.

Il y a des signes généraux d'anémie, avec fatigue, fièvre, amaigrissement. Le foie, la rate et les ganglions sont gros. L'examen du sang montre de la lymphocytose relative, avec leucopénie et anémie considérable. Mort dans la cachexie en novembre 1908.

(1) Voir la première partie dans le numéro d'octobre 1912.

Mais les tumeurs peuvent être beaucoup plus petites, miliaires, semblables à des lépromes saillants (Scholtz, Rusch).

Dans un cas de Rusch chez une femme de 57 ans, au bout de 2 ans et demi de prurit avec éruptions urticariennes, on constate, outre les signes d'une leucémie lymphatique (544 000 globules blancs, gros foie, grosse rate et ganglions volumineux), des lésions du visage et du tronc qui datent de quelques mois. Le visage ressemble à celui d'un lépreux : il est criblé de petits nodules miliaires durs, enchâssés dans le derme. Il y en a de semblables sur les membres, mélangés à des taches pigmentées qui représentent des cicatrices de nodules disparus. Sur le tronc les lésions sont plus inflammatoires, et prurigineuses.

2. Ces tumeurs multiples disséminées ont parfois l'allure et l'évolution de la sarcomatose cutanée.

Leur forte pigmentation leur donne parfois un aspect de sarcomes pigmentaires.

Observation de Rolleston et Fox. Chez une vielle femme qui souffrait des os, et du sternum notamment depuis plusieurs mois, surviennent des nodosités noires sur la partie inférieure de l'abdomen, puis sur tout le corps. Ces nodules, gros comme des pois au début, acquièrent ensuite la taille d'un gros raisin. Amaigrissement marqué. Les tumeurs sont très nombreuses sur la face antérieure du tronc, il n'y en a pas à la tête au début.

La rate et les ganglions sont gros ; il y a 730 000 globules blancs par millimètre cube. Six mois après mort dans la cachexie.

3. Il existe un type de tumeurs ulcérées, mais il est rare.

Nicolau en a observé un exemple. Chez un homme de 50 ans apparaissent en 1900 trois ou quatre nodules sur la joue droite. Ils s'ulcèrent, les ulcérations deviennent confluentes. Tout autour de la perte de substance principale il y a quelques nodules non ulcérés. Dans la région pariétale on remarque aussi une autre ulcération.

Il existe de gros ganglions et un gros foie. L'examen du sang montre de la lymphocythémie (qui passe de 43 000 à 155 000 en 1 an). Le malade meurt de cachexie en 1902.

4. Les tumeurs, de toute forme et de toute taille, ont une prédilection marquée pour la face, où elles sont en général symétriques. Elles siègent par ordre de fréquence sur les paupières, sur les joues, le lobule de l'oreille, le nez, la lèvre inférieure et le menton. Ces tumeurs du visage sont souvent isolées. Elles peuvent occuper les quatre paupières (Hochheim). Elles envahissent souvent les muqueuses du nez et de la cavité buccopharyngée. Il y a même des tumeurs des muqueuses (Du Castel) sans manifestations cutanées.

Les tumeurs symétriques du visage sont des plus fréquentes. Mais il est encore plus fréquent peut-être de trouver une infiltration diffuse de la face, qui donne un aspect léontiasique au malade.

II. *Infiltration diffuse.* — 1. Léontiasis : le nez est rouge épais, la respiration par le nez devient impossible ; les lèvres sont tuméfiées, proéminentes, le front se plisse, les sourcils tombent. Toute la face est rouge, les traits accentués.

Hallopeau et Laffitte ont décrit un de ces cas sous le nom de lymphadénie médiane de la face. Pinkus en a observé trois cas (plus ou moins prononcés).

Cas de Hallopeau et Laffitte. Femme de 66 ans. En août 1896 débute une tuméfaction du côté gauche du nez, qui s'étend graduellement à la joue gauche, puis à tout le nez, à la joue droite et au front. Vives démangeaisons sur les parties malades et prurit intense sur tout le corps.

La consistance des parties malades (depuis le milieu du front jusqu'à la lèvre supérieure en hauteur, en largeur jusqu'au milieu des joues) est un peu plus ferme que celle des tissus sains. La limite des altérations est nette, mais il n'y a pas de rebord. Les sillons sont très accusés.

Tuméfaction des ganglions et de la rate; leucémie lymphatique (250 000 globules blancs, dont 90 lymphocytes pour 100).

2. Aux membres, l'infiltration peut envahir tout un segment et même la totalité du membre.

Observation de Scholtz et Doebel. Homme de 52 ans, a souffert il y a un an du poignet gauche, puis le dos de la main s'est tuméfié et est devenu violacé. La main droite n'a été atteinte qu'un mois après. Les signes généraux de la leucémie se manifestent alors (ganglions, faiblesse, stomatorragies, etc.). Des nodules disséminés apparaissent partout, notamment à la poitrine. Les membres supérieurs sont tuméfiés (les poignets ont 30 centimètres de tour). La peau est brillante, de couleur violacée, résistante et parsemée de nodules. Il y a 60 à 70 000 globules blancs par millimètre cube de sang, dont 60 à 80 pour 100 sont des lymphocytes. Mort de cachexie.

III. *Érythrodermies.* — La rougeur des téguments, suivant l'exfoliation, le suintement, le degré de généralisation ou l'adjonction d'infiltrations localisées forme plusieurs variétés cliniques.

1. *Érythrodermie exfoliative généralisée* (type de Wilson-Brocq) observée par Nicolau. Un certain nombre de pityriasis rubra de Hebra appartiennent vraisemblablement à cette catégorie (Leviseur, Eliott, Peter, Rodler-Zipkin, Wechselmann ont décrit des cas semblables).

2. *Érythrodermies suintantes.* Dans quelques cas, par exemple dans celui de Riehl (1893), le suintement est minime. Au début l'affection ressemble plus ou moins à l'érythrodermie exfoliative généralisée. Mais sur quelques endroits on trouve des vésicules, des décollements épidermiques, et même, parfois, il existe de véritables placards eczématiformes.

Voici par exemple une observation d'Aguinet et Ribadeau-Dumas.

Homme de 22 ans. Le 15 juin apparaissent des symptômes de néphrite aiguë. Un mois plus tard survient une stomatite ulcéro-membraneuse et des tuméfactions ganglionnaires et spléniques. Le 29 juillet apparaît une éruption de papules très saillantes aux mains et à la face, de couleur rouge sombre, s'effaçant à la pression, très prurigineuses ; poussée fébrile à 39°.

Le 1er août l'éruption diminue, les papules s'affaissent, se couvrent de taches purpuriques. Le 4 août survient une poussée fébrile accompagnée d'éruption papuleuse qui forme de vastes placards généralisés à tout le corps. Au bout de quelques jours toute la peau est rouge, épaisse, sèche, squameuse ; par endroits (notamment aux bourses) parsemée de fines vésicules qui lui donnent un aspect suintant. Prurit persistant.

Examen du sang. Globules blancs 155 000 dont 41 pour 100 sont des petits lymphocytes et 16 pour 100 des grands lymphocytes.

Mort le 13 août.

3. Heinrich a observé au cours d'une leucémie lymphatique une éruption de taches squameuses non prurigineuses accompagnée d'efflorescences qui simulaient les syphilides psoriasiformes, et de tuméfactions cutanées et sous-cutanées.

Dans un cas personnel nous avons observé une sorte *d'érythrodermie en plaques, psoriasiforme,* dont voici une brève description.

M. C..., 35 ans, fille soumise, entre à l'Hôtel-Dieu pour une hémiplégie qu'on pense être syphilitique, qui guérit effectivement après traitement mercuriel. Elle contracte une pneumonie ; au cours de la convalescence apparaissent des lésions que nous constatons trois mois après (septembre 1911) dans le service du Pr Audry. Au cours de la pneumonie on s'est aperçu que la malade était atteinte de leucémie lymphatique.

En septembre 1911, nous trouvons donc, disséminés sur le visage, le tronc et surtout les membres, des placards arrondis, de 1 à 5 centimètres de diamètre, très squameux, non prurigineux. Par grattage on arrive sur une surface très rouge, lisse, brillante, qui ne donne pas de piqueté hémorragique. L'infiltration de ces placards est modérée. La malade subit un traitement mercuriel assez énergique (frictions, piqûres d'huile grise) et même une injection intraveineuse d'arsénobenzol. Les placards pâlissent à peine. Au bout de trois mois la malade meurt de cachexie.

Le diagnostic de leucémie lymphatique fut établi sur la constatation de l'hypertrophie ganglionnaire, splénique et hépatique ; et sur l'examen du sang (70 à 99 000 globules blancs dont 88 à 95 pour 100 sont des lymphocytes). Une biopsie faite sur un placard montra qu'il s'agissait d'une infiltration de lymphocytes présentant tous les caractères de l'infiltration lymphatique décrite à propos de la leucémie cutanée. L'autopsie confirma le diagnostic. L'observation est donc très démonstrative.

4. *La lymphodermie pernicieuse de Kaposi* est caractérisée par une rougeur diffuse, généralisée, accompagnée de prurit, par des tuméfac-

tions diffuses et des tumeurs, survenant avec une hypertrophie spléno-ganglionnaire et une leucocythémie marquée (112 000 globules blancs dans le cas de Kaposi). Les placards rouges sont secs et squameux ou suintants. L'évolution est assez rapidement mortelle.

IV. *Leucémides.* — Il y a presque autant de variétés de leucémides que de malades, les exanthèmes bulleux, vésiculeux, papuleux, érythémateux, purpuriques, etc..., se combinant de mille manières. D'autre part il est souvent difficile de distinguer un exanthème papuleux d'une éruption de petites tumeurs miliaires (voir l'observation de Rusch précitée), ou d'un de ces placards érythrodermiques que nous avons mentionnés plus haut. Il est donc impossible de cataloguer avec précision tous les exanthèmes des dermopathies leucémiques. Néanmoins, dans la foule innombrable des formes observées on peut isoler les quelques types suivants :

1. Exanthèmes papulo-vésiculeux.

On peut citer comme exemple l'observation de Hazen II. Homme de 57 ans. En août 1910 survient une éruption au dos de le main, puis des tuméfactions ganglionnaires multiples. L'éruption papuleuse de la main devient vésiculeuse, et un mois après, se généralise. Le malade maigrit, ses bras se tuméfient et doublent de volume.

Sur la face, le cuir chevelu, les mains, les bras, le tronc il y a des vésicules et des pustules qui reposent sur une base enflammée ; tantôt isolées, tantôt groupées. La peau de la figure est œdémateuse. Les vésicules grossissent au point que l'aspect de la maladie est assez voisin de celui de la dermatite de Duhring on d'un érythème polymorphe ; quelques-unes s'ombiliquent ; d'autres crèvent et leur base se nécrose, puis se cicatrise lentement.

L'examen du sang montre une lymphocythémie accusée (212 000 globules blancs dont 87 pour 100 sont des lymphocytes).

Le malade meurt vers la fin décembre.

Cas semblables de Mracek et de Shattuck dans lesquels les vésicules sont plus petites (leucémie aiguë).

2. Exanthème papuleux. Finger a vu des papules semblables à des papules de la période secondaire de la syphilis.

Observation de Picot (1893-94, leucémie aiguë).

Homme de 21 ans, chez lequel on constate une anémie prononcée, du purpura, de l'ascite, des tuméfactions ganglionnaires, hépatique et splénique. Il existe, disséminées sur le tronc et le visage, des papules assez semblables aux papules urticariennes, dures au toucher, siégeant superficiellement, de coloration bleuâtre ou grisâtre pigmentée de points plus sombres. Sur une biopsie le Dr Sabrazès fait le diagnostic de lymphadéine cutanée.

Il y a une anémie extrême (1 200 000 globules rouges) et 40 000 globules blancs.

3. Exanthèmes urticariens et prurigineux.

L'urticaire accompagne en général plusieurs autres lésions.

Par exemple dans le cas de Brexendorff, chez un homme de 58 ans survient un prurit insupportable, qui met le malade dans un état de faiblesse extrême. Un an après seulement se manifeste l'hypertrophie ganglionnaire.

On trouve quatre mois après une éruption polymorphe, formée de papules de prurigo rouge pâle, surmontées parfois de vésicules, de papules urticariennes, de vésicules isolées et même de bulles, de taches pigmentées. A la région temporale gauche et sur quelques régions limitées du tronc papules urticariennes groupées. Le prurit est incessant, mais au cours de l'évolution il subit des exacerbations et des rémissions.

Polland a signalé un cas d'urticaire pigmentée.

4. Dubreuilh a publié deux cas de prurigo « lymphadénique », et sa publication a été suivie de plusieurs observations étrangères (Ayala, Rolleston, etc.).

Observation de Dubreuilh I.

Homme de 26 ans, en 1901 surviennent des démangeaisons suivies d'une éruption pustuleuse qui disparaît en 1902. Par suite du prurit incessant et de l'insomnie, l'affaiblissement est extrême. En 1903, on voit le malade : la peau est semée de macules lenticulaires brunes et de petites cicatrices ; il y a des papules de prurigo et des lésions de grattage actuelles ; sur les membres de la lichénisation diffuse. Le cou est déformé par une énorme tuméfaction ganglionnaire (56 centimètres de circonférence).

L'examen du sang révèle une polynucléose marquée (28 300 globules blancs dont 90 pour 100 sont des neutrophiles), mais le malade étant mort en 1904 l'autopsie montre des lésions ganglionnaires et cutanées lymphomateuses.

A côté de ces formes il faut signaler des formes moins sévères caractérisées par des éruptions plus disséminées et plus fugaces : ce sont par exemple des placards rouges et vésiculeux, eczématiformes, qui durent quelques semaines ou quelques mois, et qui cessent pendant un temps égal. Ce sont des poussées urticariennes survenant chez un malade porteur de tumeurs ou d'infiltrations limitées non prurigineuses, etc... L'affection cutanée n'a pas la gravité de ce prurigo tenace, ou de ces éruptions insupportables, qui hâtent l'évolution de la maladie générale et assombrissent singulièrement le pronostic.

Dans les quelques observations que nous avons citées de Hazen, Mracek, Shattuck, Picot, etc..., la mort est survenue rapidement : il s'agissait en effet de leucémies aiguës, dont l'évolution fatale se fait en quelques semaines. Les manifestations cutanées, qui sont très fréquentes dans ces formes de leucémies y acquièrent rarement l'importance des dermopathies qui caractérisent les leucémies chroniques (tu-

meurs énormes, érythrodermies généralisées, lymphodermie de Kaposi, prurigo, etc.).

On voit sans doute au cours des leucémies aigües des manifestations graves (exemple : observations de Rolleston et Fox, d'Aguinet et Ribadeau-Dumas, de Mracek), mais les manifestations bénignes sont fréquentes.

V. *Troubles de pigmentation.* — Les pigmentations font suite à la cicatrisation des lésions spontanées ou des lésions de grattage. Dans quelques cas rares, elles affectent l'aspect d'une mélanodermie addisonnienne. Mais dans bon nombre de cas surviennent des placards pigmentés spontanés, chez des leucémiques porteurs d'autres lésions ou indemnes de toute manifestation cutanée.

Voici une observation de Hazen, à laquelle manque l'autopsie :

Homme de 60 ans. En 1903, il remarque la présence de ganglions. En 1904, il présente les signes d'une leucémie lymphatique (250 000 globules blancs dont 90 pour 100 sont des lymphocytes).

Les altérations cutanées sont peu marquées : sur les épaules, la poitrine, le dos la peau est bronzée, elle offre un aspect comparable à celui de la pigmentation arsenicale, uniforme ; les bords sont légèrement surélevés. Il n'avait pas encore été fait de traitement arsenical, ni de rayons X. Le foie est gros. Mort en 1905.

VI. *Les lésions des poils sont fréquentes.* — Friabilité, chute, folliculite, furoncles, acné, etc .. Il ne paraît pas que les ongles soient souvent lésés (cas de Linser et de Arndt, chute des ongles).

NOM D'AUTEUR	DÉSIGNATION DE LA MALADIE (1)	ORGANES HYPERTROPHIÉS	FORMULE SANGUINE	LÉSIONS CUTANÉES
1 Afzelius, 1910. . .	H. 50 ans, leucémie.			Papules au visage.
2 Aguinet et Ribadeau-Dumas, 1905. . .	H. 22 ans, leucémie lymphoïde aiguë.	Ganglions, foie, rate.	R. 3000000; Bl. 155000; 41 lymphocytes, 16 macrolymphocytes.	Eruption papuleuse et infiltration diffuse.
3 Allgeyer, 1901. . .	H 40 ans, mycosis fongoïde?	Ganglions.	Bl. 40000; 65 macrolymphocytes; 10 éosinophiles.	
4 De Amicis, 1882.. .	H. 54 ans, pseudoleucémie?	Rate et ganglions.	Bl. 40000.	Eruption de nodules disséminés. Mycosis fongoïde.
5 Arndt.	Deux observations.			
6 Arndt, 1909. . . .	H. 54 ans, leucémie lymph. chron.		R. 4250000; Bl. 20000; 17 lymphocytes; 45 grands lymph.	Tumeurs et vésicopustules.
7 Arndt, 1911. . . .	H. 55 ans, id.		Bl. 120000; 78 lymphocytes.	Erythrodermie.
8 Arning, 1891.. . .	F. 14 ans, pseudoleucémie?	Rate.	Pourcentage normal.	Tumeurs multiples.
9 Arning et Hensel, 1909.	H. 9 ans, anémie pseudoleucém.	Ganglions.	R. 1400000; Bl. 2000; 53 lymph.; 24 neutroph.; 14 myélocytes.	Nodules et macules.
10 Audry, 1901. . . .	F. 64 ans, leucémie lymphatique.	id.	R. 2480000; Bl. 8394.	Papulovésicules et prurit.
11 Axenfeld.	Pseudoleucémie?			Tumeurs des paupières.
12 Ayala, 1910. . . .	H. 53 ans, lymphomatose subleucémique.	Ganglions, rate et foie.	R. 3180000; Bl. 77708; 73 lymphocytes.	Prurigo.
13 Baermann, 1906.. .	H., granulomatose?	Rate et ganglions.	Formule normale.	Prurit et foyers violacés, infiltrés.
14 Besnier, 1888.. . .	H. 76 ans, mycosis fongoïde.			Lymphodermie pernicieuse.
15 De Beurmann et Gougerot, 1906.. .	H. 30 ans, lymphadénome primitif?		Pas d'examen.	Tumeurs.
16 De Beurmann et Gougerot, 1906.. .	H. 75 ans, lymphadénomes primitifs?		id.	Tumeurs et infiltration diffuse.
17 Bidder.	Pseudoleucémie.			Tumeurs du visage et de la tête.
18 Biesiadecki, 1876. .	H. 50 ans, leucémie aiguë.	Foie, rate, ganglions.	Rapport $\frac{Bl.}{R.} = \frac{2}{2}$.	Nodules disséminés.
19 Blaschko, 1900. . .	Lymphosarcome.			Prurigo.
20 Bloch, 1907. . . .	F. 52 ans, pseudoleucémie.	Amylose de la rate.	R. 4500000; Bl. 1000; 13 lymphocytes: 80 neutrophiles.	Erythème bulleux récidivant.
21 Bloch, 1910. . . .	Myélomes multiples.		R. 4500000; Bl. 6600.	Papules, squames; éruption eczématiforme aux cuisses.
22 Bossuet, 1904.. . .	F. 25 ans, lymphadénome?	Ganglions.		Prurigo.
23 Borissowa, 1903.. .	Maladie de Banti?			Pigmentation.
24 Bramwell, 1902. . .	H. 25 ans, chlorome.		Bl. 8000; 95 % mononucléaires.	Nodules verts.
25 Bramwell, 1902. . .	Chlorome.		Augmentation des globules blancs.	Nodules.
26 Bronson.	Pseudoleucémie.			Eruption papuleuse.
27 Brexendorff. . . .	H. 58 ans, pseudoleucémie.	Ganglions, rate.	Pas de modification de la formule, sauf une faible éosinophilie.	Urticaire, vésicules, cicatrices pigmentaires, prurigo.
28 Bruusgaard, 1907. .	Leucémie?		R. 3450000; Bl. 48000; 44 lymphocytes; 37 grands lymphocytes.	
29 Bruusgaard, 1907. .	Leucémie lymphatique.		R. 1820000; Bl. 130000; 96 lymphocytes.	Nodules.
30 Bruusgaard, 1911. .	H. 38 ans, leucémie myéloïde.	Rate énorme.	R. 5140000; Bl. 410000; 8 lymphocytes; 30 myélocytes.	Nodules.
31 Bruusgaard, 1911. .	H. 24 ans, lymphogranulomatose.	Ganglions.	R. 5100000; Bl. 30000; polynucléose.	Nodules; papules: œdème de l'avant-bras.
32 Bryant.	Leucosarcomatose.	Ganglions.		Prurigo.
33 Buschke, 1902. . .	H. 48 ans, pseudoleucémie.	Rate.		Prurigo, pustules, urticaire, pigmentation.
34 Buschke et Hirschfeld, 1911. . . .	F. 33 ans, leucosarcomatose.		R. 1860000; Bl. 33000.	Tumeurs.
35 Canon.	Lymphosarcome.		Rapport $\frac{Bl.}{R.} = \frac{1}{100}$; 70 % polynucléaires neutrophiles.	Tumeurs.

(1) Dans la plupart des cas nous n'avons pas modifié la désignation donnée par l'auteur. Parfois nous avons adopté la désignation de Paltauf.

NOM D'AUTEUR	DÉSIGNATION DE LA MALADIE	ORGANES HYPERTROPHIÉS	FORMULE SANGUINE	LÉSIONS CUTANÉES
36 Chatelain, 1910.	H. 42 ans, leucémie aiguë.	Foie, rate.	Bl. 2 à 300000; 97 mononucléaires.	Tumeur unique.
37 Chauvel, 1877.	H. 41 ans, cas douteux.			Tumeurs et infiltration du visage.
38 Clairmont, 1905.	Pseudoleucémie.		Bl. 20000; 63 lymph.; 2 grands lymph.	Tumeurs et infiltrats disséminés.
39 Dalla-Favera, 1910.	Subleucémie lymphatique?	Ganglions.		Prurigo.
40 Danlos, 1896.				
41 Dencker, 1911.	F. 47 ans, leucémie lymphatique.	Rate, foie, ganglions.	Bl. 110000; 82 lymphocytes.	Tumeurs.
42 Dickinson, 1901.	H. 15 ans, lymphadénie aleucémique.	Ganglions.	Bl. 12000; pourcentage normal.	Tumeurs aplaties.
43 Dock et Warthin, 1904.	Chlorome.			Pigmentation.
44 Dubreuilh, 1902.	H. 26 ans, lymphadénie aleucémique ?	Ganglions.	R. 4115000; Bl. 28300; 90 polynucléaires.	Prurigo.
45 Dubreuilh, 1904.	H. 27 ans, lymphadénie aleucémique.	Ganglions, foie.	Leucocytose.	Prurigo, urticaire.
46 Dutoit, 1903.	Lymphadénie aleucémique ?			Lymphomes des paupières.
47 Eger.	Pseudoleucémie.	Ganglions.		Nodules prurigineux.
48 Eliott.	Cas très douteux.	Ganglions.		Exanthème papulopustuleux.
49 Elsenberg.	H. 38 ans, pseudoleucémie.	Ganglions, foie, rate.	Leucocythémie?	Erythrodermie exfoliative durant 3 ans.
50 Engelsted, 1876.	F., lymphadénie cutanée ?	Ganglions.		Tumeurs, vésicules, ulcérations.
51 Fabian.	Chlorome.			Nodules jaunâtres sur la tête.
52 Falkenthal, 1884.	H. 14 ans, pseudoleucémie.	Ganglions.		Tumeurs.
53 Fano et Liebmann.	H. 18 ans, lymphosarcome.			Tumeurs cutanées, léontiasis.
54 Finger, 1906.	H., leucémie lymphat. chron.	Ganglions et rate.		Papulopustules ressemblant à des syphilides.
55 Frenkel, 1895.	H. 24 ans, leucémie aiguë.	Ganglions, rate.	R. 2300000; Bl. 89000; grands lymph.	Herpès, ulcération du prépuce.
56 Fröhlich, 1893.	Leucémie lymphatique.	Ganglions.	Rapport $\frac{Bl.}{R.} = \frac{1}{26}$.	Tumeurs des paupières, de l'avant-bras et du pharynx.
57 Gaillard.	H. 40 ans, pseudoleucémie.	Rate et ganglions.	R. 1736000; Bl. 8503.	Léontiasis, nodules sur le cou et les membres.
58 Gellé, 1887.	Leucémie.	Rate et ganglions.		Tumeurs dans la région lombaire et autour du nombril.
59 Gerschun, 1902.	Pseudoleucémie?	Ganglions.	R. 4000000; Bl. 40000; pourcentage normal.	Papules et croûtes, prurit.
60 Gilbert et Weil, 1899.	H. 20 ans, leucémie aiguë.	Ganglions, rate.	R. 4487000; Bl. 22000; 25 lymph; 48 grands lymph.	Eruption miliaire prurigineuse.
61 Glaserfeld, 1906.	H. 59 ans, pseudoleucémie?		Lymphocytose.	Nodules et taches.
62 Gollasch, 1892.	F. 54 ans, leucémie lymphatique.		R. 3500000; Bl. 140000; 90 lymphocytes.	Lymphodermie pernicieuse.
63 Guinon et Jolly, 1899.	F. 15 ans, leucémie aiguë.	Ganglions, foie, rate.	R. 685000; Bl. 28000; 93 lymphocytes.	Desquamation palmaire.
64 Grawitz, 1911.	Lymphogranulomatose ?			Acné.
65 Grawitz, 1911.	id.			Acné.
66 Grawitz, 1911.	id.			Nodules durs, acnéiformes, ulcérés profondément.
67 Grawitz, 1911.	F. 17 ans, lymphomatose aleucémique.		Bl. 6800; pourcentage normal.	Infiltration en placards circonscrits.
68 Halle, 1909.	H. 54 ans, leucémie.			Erythrodermie, léontiasis.
69 Hallopeau et Laffitte, 1898.	F. 66 ans, leucémie lymphatique.	Rate et ganglions.	R. 5000000; Bl. 250000; 90 lymphocytes.	Erythrodermie, lymphadénie médiane de la face.
70 Hallopeau et Prieur, 1896.	H. 31 ans.	Ganglions.	$\frac{R.}{Bl.} = \frac{6}{1}$.	Prurigo.
71 Hayem.	Lymphadénie?			Peau rouge, chaude, dure (peau d'orange).
72 Hazen, 1911.	H. 60 ans, leucémie lymphatique.	Foie et ganglions.	R. 960000; Bl. 250000; 99 lymphocytes.	Pigmentation en placards.
73 Hazen, 1911.	H. 37 ans, leucémie lymphatique.	Foie, rate et ganglions.	R. 4214000; Bl. 212500; 87 lymphocytes.	Eruption papulo-vésiculeuse.
74 Hecht, 1909.	H. 32 ans, lymphogranulomatose.	Ganglions.	Composition normale.	Nodules, tuméfaction inflammatoire.
75 Hecht, 1909.	H. 15 ans, id.	Ganglions.	Bl. 64000; R. 4320000; 86 neutrophiles.	Eruption à type de prurigo, nodules sous-cutanés.

NOM D'AUTEUR	DÉSIGNATION DE LA MALADIE	ORGANES HYPERTROPHIÉS	FORMULE SANGUINE	LÉSIONS CUTANÉES
76 Heinrich, 1911.	H. 55 ans, leucémie lymphatique.	Rate et ganglions.	R. 4000000; Bl. 150000; 87 lymphocytes.	Lymphodermie pernicieuse; placards psoriasiformes serpigineux.
77 Heinrich, 1911.	H. 50 ans, id.	id.	Bl. 8000; 70 lymphocytes.	Eruption eczématiforme.
78 Hertz, 1909.	H., leucémie aiguë.	Rate, foie, ganglions.	R. 5900000; Bl. 16800; 80 grands lymph.; 8 myélocytes.	Eruption vésiculeuse sur les côtés.
79 Henckel.	Pseudoleucémie.			Infiltration du cuir chevelu et de la peau.
80 Hindenburg, 1895.	F. 40 ans, leucémie myéloïde.	Rate énorme.	R. 3955000; Bl. 665000; myélocythémie.	Tumeur unique large de 6 centimètres.
81 Hirschlaff, 1895.	Cité par Bruusgaard : leucémie myéloïde?			Tumeur.
82 Hirschberg, 1903.	H. 57 ans, pseudoleucémie?			Tumeurs de la tête et du cou.
83 Hitschmann, 1903.	H. 26 ans, chlorome.		Lymphémie à grands lymphocytes.	Nodules verts lenticulaires et pigmentation.
84 Hitschmann et Lehndorff, 1903.	F. 34 ans, chlorome.	Ganglions, rate.	R. 724000; Bl. 38000; 10 lymph.; 76 grands lymph.	Maculopapules à type de syphilides, prurigineuses.
85 Hirschfeld, 1908.	H. 15 ans, leucémie aiguë.	Foie, rate, ganglions.	R. 1328000; Bl. 154000; grands lymph.; myélocytes.	Tumeur de la joue.
86 Hochheim, 1900.	F. 79 ans, lymphadénie aleucémique?		Pas de modifications.	Tumeurs des paupières et du cou.
87 Hochsinger et Schiff, 1887.	Enfant 8 mois, leucémie aiguë.	Foie, rate, ganglions.	Grands lymphocytes.	Nodules saillants sur la face, le cuir chevelu et le tronc.
88 Hutchinson, 1875.	H. 19 ans, pseudoleucémie?	Ganglions.		Nodules nombreux (139).
89 Immermann.	Pseudoleucémie?			
90 Ivanoff.	Pseudoleucémie.	Rate, foie, ganglions.	R. 3950000; Bl. 13800; 30 lymph.; 19 grand mono.	Tumeurs des paupières.
91 Jacobœus, 1909.	H. 35 ans, chlorome.			Tumeurs.
92 Jacobœus, 1909.	H. 57 ans, chlorome.			Tuméfaction des lèvres.
93 Jacobsohn, 1902.	Lymphom. subleucémique.	Rate, foie, ganglions.	R. 4200000; Bl. 38000; 50 lymphocytes.	Tumeurs et infiltration de la peau.
94 Jadassohn, 1906.	F. 33 ans, lymphom. aleucémique?			Nodules sur les joues.
95 Jeanselme, 1896.				Prurigo.
96 Joseph, 1889.	H. 66 ans, lymphomatose aleucémique?	Ganglions.	Anémie; pas de modifications dans la série blanche.	Nodules cutanés prurigineux.
97 Joseph, 1891.	H. 31 ans, Lymphosarcome?	Ganglions.	Anémie; pas de modifications dans la série blanche.	Petites tumeurs au cou et à la poitrine.
98 Juliusberg, 1911.	Enfant 11 mois, anémie pseudoleucémique.	Ganglions, rate.	R. 1330000; Bl. 2000; 53 lymph.; 14 myélocytes.	Sept placards surélevés, purpuriques.
99 Kaposi, 1885.	H. 39 ans, leucémie.	Rate et ganglions.	Bl. 125000.	Lymphodermie pernicieuse.
100 Kaposi, 1901.	H. 46 ans, pseudoleucémie.	Ganglions.		Urticaire et prurit.
101 Kaposi (v. Kreibich, n° 107).				
102 Kelsch et Vaillard, 1890.	Leucémie.			Tumeurs ulcérées.
103 Kerschbaumer, 1895.	H. 25 ans, leucémie.			Tumeurs des paupières.
104 Kirkoroff, 1901.	Pseudoleucémie.			Tumeurs disséminées.
105 Kitagawa.	In Hazen.			
106 Köbner, 1891.	H. 45 ans, pseudoleucémie?	Ganglions, rate.	Leucocytose.	Œdème des bras et de la poitrine.
107 Kreibich, 1899.	F. 63 ans, leucémie lymphatique.	Rate et ganglions.	R. 3400000; Bl. 120000; 92 lymphocytes.	Tumeurs multiples de la face et de l'avant-bras.
108 Kreibich, 1908.	H. 23 ans, lymphadénie subleucémique.	Rate.	R. 4900000; Bl. 6800; 69 lymph.	Tumeurs; urticaire et prurit.
109 Kreibich, 1908.	H. 29 ans, lymphadénie aleucémique?		R. 5206000; Bl. 30000; 9 lymph.; 88 polyn. neutroph.	Prurigo.
110 Kreibich, 1908.	H. 16 ans, lymphosarcomatose.		R. 2470000; Bl. 17900; 74 lympho.	Sarcome du pharynx; érythème, tumeurs cutanées.

NOM D'AUTEUR	DÉSIGNATION DE LA MALADIE	ORGANES HYPERTROPHIÉS	FORMULE SANGUINE	LÉSIONS CUTANÉES
111 Kretz, 1902.	Leucémie.			Lymphodermie pernicieuse.
112 Lang, 1902.	H. 39 ans, leucémie lymphatique.	Rate et ganglions.	R. 4464000; Bl. 234000; grands lymphocytes.	Urticaire et prurigo; nodules miliaires.
113 Lauenstein, 1876.	H. 40 ans, leucémie aiguë.			Tumeurs.
114 Lavenson, 1909.	H. 40 ans lymphadénie aleucémique.	Rate et ganglions.	R. 3400000; Bl. 5400; 19 lymph.; 75 neutrophiles.	Papules et nodules.
115 Lauber, 1903.	F. 26 ans, leucémie aiguë.	Ganglions, foie.	R. 2600000; Bl. 11200; 90 grands lymphocytes.	Nodules prurigineux aux cuisses.
116 Leber, 1878.	H. 43 ans, leucémie lymphatique.			Tumeurs des paupières.
117 Leubet, 1869.	H. 57 ans, leucémie.	Ganglions, rate.		Pemphigus « des cachectiques ».
118 Leviseur.	Pseudoleucémie?	Ganglions.		Pityriasis rubra.
119 Linser, 1906.	H. 54 ans, lymphosarcome.		R. 4240000; Bl. 9100; 45 lymph.; 54 neutroph.	Tumeurs et érythrodermie.
120 Linser, 1906.	H. 28 ans, leucémie lymphatique.	Ganglions, foie, rate.	R. 3700000; Bl. 47000; 94 lymphocytes.	Prurit et vésicules, puis érythrodermie.
121 Litten, 1895.	Leucémie myéloïde?			Tumeur des paupières.
122 Mager.	Lymphadénie subleucémique.		R. 2700000; Bl. 15000; 80 lymphocytes.	Tumeurs du visage.
123 Magnus Huss, 1869.	Leucémie.			Pemphigus?
124 Majocchi, 1910.	Pseudoleucémie?			Prurigo.
125 Migliorini, 1906.	id.	Ganglions, rate.		Prurigo.
126 Morelle, 1907.	Leucémie.	Ganglions.		Folliculite persistante.
127 Mracek, 1904.	H. 67 ans, leucémie lymphatique.	Ganglions, rate et foie.	Rapport $\frac{R.}{Bl.} = \frac{14}{1}$; 95 lymphocytes.	Exanthème papulopustuleux et nodules.
128 Müller.	H. 4 ans, leucémie lymphatique aiguë.	Rate et ganglions.	Rapport $\frac{R.}{Bl.} = \frac{12}{1}$, 951 grands mono., 171 lympho.	Rougeole, hémorragie.
129 Nanta, 1912.	F. 36 ans, leucémie lymphatique chronique.	Rate, ganglions et foie.	R. 4000000; Bl. 99000; 90 lymph.; 2 grands lympho.	Eruption persistante de placards psoriasiformes.
130 Nanta, 1912.	F. 50 ans, leucémie lymphatique chronique.	Rate et ganglions.	R. 3600000; Bl. 225000; 85 lymph.; 6 grands lympho.	Eruption urticarienne fugace.
131 Neumann.	Lymphosarcomatose.			
132 Neuberger, 1892.	H. 61 ans, leucémie lymphatique chronique.	Rate et ganglions.	Rapport $\frac{R.}{Bl.} = \frac{30}{1}$; augmentation des lympho.	Tumeurs de la face saillantes, lobulées.
133 Nékam, 1899.	Leucémie lymphatique chronique.		R. 2300000; Bl. 750000; 90 °/o lymphocytes.	Tumeurs, infiltration. Représenté comme lymphosarcome.
134 Nékam.	Deux cas de leucémie myéloïde.			1° Prurit et taches; 2° Papules.
135 Nékam.	Leucémie lymphatique.			Œdème.
136 Nékam.	Leucémie lymphatique.			Rougeur, prurit et desquamation.
137 Nicolau, 1904.	H. 50 ans, leucémie lymphatique chronique.	Rate, foie, ganglions.	R. 3875000; Bl. 155000; 94 lymphocytes.	Tumeur de la face ulcérée. Tumeur du lobule de l'oreille.
138 Nicolau, 1904.	H. 60 ans, lymphadénie aleucémique chronique.	Ganglions et rate.	Augmentation des lymphocytes.	Erythrodermie exfoliative généralisée.
139 Nobl, 1911.	H. 21 ans, lymphogranulomatose.	Ganglions.	R. 4500000; Bl. 23000; neutro 81; lympho 9.	Nodules disséminées. Œdème dur du thorax.
140 Notthaft, 1899.	H. 45 ans, pseudoleucémie?	Ganglions.	R. 3530000; Bl. 35000. Augmentation des lympho.	Tumeurs lenticulaires sur l'abdomen et les cuisses. Desquamation.
141 Œrtel, 1899.	H. 40 ans, leucémie lymphatique.	Rate énorme.	Myélocytes dans le sang.	Tumeurs nodulaires disséminées.
142 Oliver, 1882.	Leucémie.		Augmentation énorme des leucocytes.	Tumeurs et leucémides (?).
143 Osterwald.	Pseudoleucémie.			Tumeurs de l'orbite, exophthalmie.
144 Paltauf, 1909.	F., Chloromyélomatose.			Tumeur du périnée.
145 Paltauf, 1906.	H. 24 ans, leucosarcomatose.		Grands mononucléaires atypiques.	Nodules lenticulaires jaunâtres sur le tronc et les membres.
146 Paltauf, 1892.	Pseudoleucémie.	Rate, foie et ganglions.		Décrit comme mycosis fongoïde.

NOM D'AUTEUR	DÉSIGNATION DE LA MALADIE	ORGANES HYPERTROPHIÉS	FORMULE SANGUINE	LÉSIONS CUTANÉES
147 Pappenheim et Hirschfeld, 1908. .	F. 25 ans, leucémie aiguë.		R. 890000; grands lymphocytes; 235000 Bl.	Hématomes.
148 Pardee et Zeit, 1911.	F. 57 ans.	Ganglions.	$\frac{R.}{Bl.} = \frac{20}{1}$. 96 lympho.	Décrit comme mycosis fougoïde.
149 Pasini, 1907. . . .			R. 2500000; Bl. 87000; grands lymph. 38; neutro 43.	id.
150 Pelagatti, 1904. . .		Ganglions, rate.	R. 1140000; 120500; neutro 74.	id.
151 Peter, 1894. . . .	H. 42 ans, pseudoleucémie.	Rate et ganglions.		Pityriasis rubra de Hébra.
152 Philippart.. . . .	F. 40 ans.	Ganglions.		Tumeurs, aspect de léontiasis.
153 Pfeiffer.	H. 56 ans, pseudoleucémie subleucémique.		R. 5000000; Bl. 506000; 60 % de lymphocytes.	Tumeurs disséminés sur le cou, le sein, le nez, les joues, les paupières.
154 Pick, 1892.. . . .	H. 16 ans, lymphosarcome?	Ganglions.	Pas de leucémie.	Tumeurs sous-cutanées multiples.
155 Picot, 1894. . . .	H. 21 ans, leucémie aiguë.	Foie et rate.	R. 1200000; Bl. 40000.	Placards surélevés, durs.
156 Pinkus, 1899. . . .	H. 62 ans, leucémie lymphatique chronique.	Rate, foie et ganglions.	Rapport $\frac{Bl.}{R.} = \frac{1}{30}$; lymphocytose marquée.	Nodules des joues.
157 Pinkus, 1899.. . .	H. 57 ans, leucémie lymphatique chronique.	Rate, foie et ganglions.	4475000 R; Bl. 50000; lymphocytes.	Peau bronzée, grosses lèvres. Tumeurs de l'oreille.
158 Pinkus, 1899.. . .	H. 60 ans, leucémie lymphatique chronique.	Rate, foie et ganglions.	R. 3645000; Bl. 225000; 90 % lymphocytes.	Rougeur et tuméfaction du nez, du menton et des paupières.
159 Pissavy et Ch. Richet fils, 1912. . . .	F. 40 ans, chlorome.		R. 970000; Bl. 8800; 59 macrolymph.; 15 cellules de Turk.	Tumeur présternale adhérente à la peau.
160 Polland, 1911. . .	H. 59 ans, pseudoleucémie?	Rate grosse.	R. 3500000; Bl. 12000.	Urticaire chronique papuleuse pigmentaire.
161 Pope et Reynold, 1907.	Chlorome.			Pétéchies et pustules.
162 Radaeli, 1906. . .	H. 64 ans.	Rate, foie et ganglions.		Mycosis fongoïde?
163 Recklinghausen.. .	H. 45 ans, pseudoleucémie.	Rate et ganglions.		Eruption à type de lichen rubra.
164 Riehl, 1893. . . .	H. 57 ans, leucémie lymph. chron.		$\frac{Bl.}{R.} = \frac{1}{24}$. Forte proportion de lymphocytes.	Erythrodermie.
165 Riehl, 1904. . . .	F., pseudoleucémie?	Rate et ganglions.		Nodules autour de la face et aux membres.
166 Rœttger.	Pseudoleucémie douteuse.			
167 Rolleston et Fox, 1909.	F. 58 ans, leucémie myéloïde atypique.	Rate énorme.	R. 2035000; Bl. 730000; 35 grands lymph.; 13 myélocytes.	Nodules nombreux sur tout le corps.
168 Romberg.	H. 29 ans, lymphosarcome.	Rate, thymus.	Pas de modification à un premier examen.	Nodules cutanés durs sur le tronc.
169 Rosenberg. . . .	H. 29 ans, leucosarcomatose?	Rate et ganglions.		Nodules cutanés sur le tronc.
170 Rosenblath, 1902. .	H. 15 ans.			H morragie de la peau.
171 Rosenblath, 1902. .	H. 8 ans.			Nodules nombreux, pâles.
172 Rosenthal. . . .	H. 68 ans, pseudoleucémie?	Ganglions.	29 lymphocytes; 60 neutro.	Urticaire papuleux.
173 Rodler-Zipkin, 1909.	F. 41 ans, leucémie lymphatique.	Ganglions, foie, rate.	R. 3300000; Bl. 44000; 28 grands lymph.; 14 petits lympho.	Erythrodermie.
174 Rusch, 1911. . . .	F. 57 ans, leucémie lymph. chron.	id.	R. 3500000; Bl. 544000; 96 lymphocytes.	Tumeurs nodulaires.
175 Rusch, 1911. . . .	F. 63 ans, id.		Bl. 57000; 83 lymphocytes.	Tumeurs.
176 Sarda, 1901. . . .	H. 60 ans, leucémie lymphatique.	Ganglions.	R. 1500000; Bl. 380000; 37 lymph.; 52 moyens.	Eruption papulovésiculeuse à répétition.
177 Schmidt, 1895. . .	Chlorome.			Infiltration de la peau de la nuque.
178 Scheele et Herxheimer.	Myélomes.			Erythème ayant disparu au bout de peu de temps.
179 Scholtz, 1907. . .	H. 16 ans, lymphadénie aleucémique.		Pas de modification.	Tumeurs lenticulaires de la face à type de syphilides papuleuses.
180 Scholtz, 1907. . .	H. 52 ans, leucémie lymphatique chronique.	Ganglions.	R. 4500000; Bl. 60000; lymphocytes 60 à 80 %.	Tuméfaction du bras en nappe. Nodules disséminés.

NOM D'AUTEUR	DÉSIGNATION DE LA MALADIE	ORGANES HYPERTROPHIÉS	FORMULE SANGUINE	LÉSIONS CUTANÉES
181 Schultze, 1906.	H. 13 ans, leucémie aiguë.	Ganglions, foie, rate.	Bl. 560000; macrolymphocytose.	Vésicules hémorragiques et papules.
182 Seelig, 1895.	H. 11 ans, leucémie aiguë.	Ganglions, foie, rate.	Macrolymphocytes.	Nodules sous-cutanés et pétéchies.
183 Shattuck, 1904.	H. 20 ans, leucémie lymphatique.	Ganglions, foie. rate.	R. 3024000; Bl. 30800; 70 à 84 lymphocytes	Papulovésicules, rougeur et desquamation.
184 Spiethoff, 1908.	H. 58 ans, myélomes multiples?		R. 2250000; Bl. 7432; 13 lymphocytes; 63 neutro.	Eruption de macules cohérentes, placards, nodules.
185 Spiegler et Mannaberg.	F. 19 ans, pseudoleucémie?			Exanthème maculopapuleux sur tout le corps.
186 Stengel, 1906.	Leucémie aiguë.			Nodules blancs et roses quelques jours avant la mort.
187 Steven, 1903.	H. 19 ans, leucémie aiguë.	Ganglions, rate, foie.	R. 776000; Bl. 491000; 40 °/o macrolymphocytes.	Nodules bleus sur la peau.
188 Sternberg, 1904.	F. 51 ans, leucémie aiguë.		R. 1600000; Bl. 30400; 48 grands lymph.; 24 petits.	Vésicopustules sur l'abdomen.
189 Strobel, 1911.	H. 48 ans, leucémie lymphatique.	Ganglions.	Bl. 80000; 40 °/o lymphocytes.	Pityriasis rubra.
190 Strauss, 1899.	Leucémie?			Nombreuses pétéchies, sarcomatose?
191 Taylor, 1893.	H. 25 ans, maladie d'Hodgkin?	Ganglions.		Ichthyose.
192 Thiersch.	F. 16 ans, lymphosarcome?	Ganglions, rate, foie.		Papules de prurigo sur la tête et le tronc.
193 Thomson, 1898.	F. 21 ans, leucémie aiguë.		R. 1290000; Bl. 150000; lymph. 33; myél. 15.	Tuméfaction du bras.
194 Tomasi, 1871.	H. 19 ans, pseudoleucémie?			Tumeurs des paupières et de l'orbite.
195 Touton, 1891.	H. 50 ans, pseudoleucémie.	Ganglions, foie.		Nodules prurigineux proéminents.
196 Touton, 1905.	F 29 ans, pseudoleucémie.	Ganglions.	Bl. 2240.	Nodules sur la tête, miliaires au visage.
197 Treadgold, 1908.	H. 3 ans, chlorome.		R. 1800000; Bl. 320000 (Mononucléaires).	Tumeur sur la joue et du cuir chevelu.
198 Türk.	Lymphosarcome.			Prurigo.
199 Unna, 1892.	F. 22 ans, pseudoleucémie?	Rate.		Tumeurs aplaties.
200 Virchow, 1869.	Leucémie.			Eruption bulleuse.
201 Waelsch, 1908.	Pseudoleucémie.	Ganglions.		Lymphodermie pernicieuse.
202 Wagner, 1888.	F. 16 ans, pseudoleucémie.			Eruption purpurique papuleuse.
203 Wagner, 1888.	H. 22 ans, pseudoleucémie.			Prurigo.
203 Wagner, 1888.	H. 47 ans, pseudoleucémie.			Prurigo.
204 Wassermann, 1894.	F. 30 ans, pseudoleucémie.	Ganglions rétropéritonéaux.	R. anémie augmentée. Lymphocytose.	Exfoliation.
205 Wechselmann, 1907.	H. 45 ans, pseudoleucémie.	Ganglions.	6900; 60 neutrophiles: 17 éosinophiles.	Erythrodermie exfoliative généralisée.
206 Weidenfeld, 1906.	H., Lymphadénie aleucémique.		Bl. 16000; 30 lymph.; 12 éosinophiles.	Tumeur du visage et du tronc.
207 Westphal, 1890.	H. 26 ans, pseudoleucémie.	Ganglions.	R. 3208000; Bl. 6400.	Eruption eczématiforme.
208 Westphal, 1893.	H. 47 ans, pseudoleucémie.	Foie et rate.		Eruption de nodules surélevés, prurit.
209 Westphal, 1893.	F. 16 ans, pseudoleucémie.	Ganglions, foie, rate.		Nodules rouges sur le corps et les extrémités.
210 Wende, 1901.	H. 26 ans, leucémie.		R. 5128000; Bl. 4000; 27 lymphocytes; 88 lymph. à un deuxième examen.	Nodules disséminés, pigmentation.
211 Zumbusch, 1895.	H. 73 ans.	Foie, ganglions.		Décrit comme mycosis fongoïde.
212 Zieler, 1907.	H. 34 ans, myélémie?		R. 4200000; Bl. 5000.	Erythrodermie universelle, avec nodules et suintement.

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

Les accidents nerveux consécutifs aux injections de Salvarsan.

Le neurotropisme ou le méningotropisme à la période secondaire est-il dû au Salvarsan ou à la syphilis, par A. RENAULT. *Société Médicale des Hôpitaux,* 12 janvier 1912, n° 1, p. 69.

Il semble résulter de la statistique de R. qui porte sur 100 syphilitiques, que les accidents neurotropiques observés à la période secondaire de la syphilis sont dus au Salvarsan et que leur fréquence est en rapport avec les doses élevées, d'où la conclusion qu'on ne doit jamais dépasser les doses de 0 gr. 30 à 0 gr. 40 centigrammes qu'il s'agisse d'injections intraveineuses ou intramusculaires.

E. VAUCHER.

Réactions des nerfs crâniens après l'emploi du 606, par SICARD et GUTMANN. *Revue neurologique,* 30 janvier 1912, n° 2, p. 121.

S. et G. divisent en trois catégories les réactions des nerfs crâniens qui peuvent apparaître après l'emploi du 606.

Dans un premier groupe on peut ranger les accidents de neurophylaxie toxique ; il s'agit de la réaction directe de l'arsenic vis-à-vis du nerf acoustique par affinité spéciale du toxique pour le nerf de la VIII[e] paire. Ces accidents peuvent se rencontrer en dehors de la syphilis; on les a signalés chez des paludéens et des trypanosomiasiques traités par le 606.

L'atoxyl, l'hectine peuvent également les faire éclore. Il faut un certain temps et la répétition des injections pour les voir apparaître. La continuation du traitement ne fait que les aggraver.

Dans un second groupe il s'agit de réactions méningotropiques apparaissant presque au lendemain de l'injection s'accompagnant d'une très vive réaction cytologique et albumineuse du liquide céphalorachidien et de la paralysie d'un ou de plusieurs nerfs crâniens facial, oculaire, auditif.

Ces réactions ne se voient qu'à la période secondaire de la syphilis. Il faut continuer la médication arsenicale associée au mercure, la guérison est la règle.

Dans un troisième groupe de faits le Salvarsan n'a pas stérilisé la maladie, la syphilis seule est en jeu. Il s'agit de neurorécidives syphilitiques ou plus exactement de neuroréactions syphilitiques. Les paralysies crâniennes débutent toujours après trois ou quatre-mois environ à la suite de la dernière injection.

E. VAUCHER.

Les réactions nerveuses tardives observées chez certains syphilitiques traités par le Salvarsan et la méningovascularite syphilitique, par Paul RAVAUT. *Presse médicale,* 2 mars 1912, n° 18, p. 181.

Les injections de 606 sont parfois suivies d'accidents nerveux plus ou

moins graves ; les uns sont précoces, très rares heureusement, mais souvent mortels, apparaissent entre quelques heures et quelques jours après l'injection ; les autres sont tardifs, relativement bénins et présentent une période d'incubation de plusieurs semaines et même plusieurs mois.

Ces accidents tardifs qui s'accompagnent le plus souvent de grosses modifications du liquide céphalorachidien ont été décrits sous des noms divers, neurorécidives, neuroréactions, accidents neurotropiques ou méningotropiques.

A côté de ces réactions se traduisant par des phénomènes cliniques, Ravaut a constaté que souvent les injections de 606 produisent chez certains malades des modifications du liquide céphalorachidien, allant depuis l'hypertension simple avec augmentation légère de l'albumine, jusqu'aux réactions intenses caractérisées par une forte réaction cellulaire, une grosse augmentation de l'albumine et un Wassermann positif. Ces réactions peuvent rester absolument latentes, ne se révéler par aucun symptôme clinique, et seule la ponction lombaire peut les mettre en évidence. R. désigne ces réactions sous le nom de méningorécidives histologiques.

Elles ne sont pas dues à l'action de l'arsenic sur le système nerveux, ou aux réactions subies par le spirochète ou par l'organisme mais elles tiennent principalement à l'état du terrain c'est-à-dire à l'état des méninges au moment où sont pratiquées les injections de 606. Pour comprendre leur signification il suffit de les grouper par rapport à la période de la syphilis à laquelle ont été pratiquées les injections.

Chez sept malades injectés à la période du chancre, le liquide céphalorachidien examiné dans les mois qui ont suivi les injections est toujours resté normal, et chez deux malades seulement existait une légère augmentation du taux de l'albumine.

Au contraire, chez les malades injectés en pleine période secondaire les réactions nerveuses sont beaucoup plus fréquentes.

Lorsque le liquide céphalorachidien est normal avant les injections il peut ne pas se modifier dans la suite mais c'est l'exception ; le plus souvent il se modifie et l'on voit apparaître successivement l'hypertension et l'augmentation de l'albumine ; la réaction cytologique n'est constatée que plus tardivement un mois ou deux après.

Lorsque le liquide présente déjà des modifications avant les injections il peut arriver exceptionnellement que les réactions diminuent sous l'influence du traitement ; le plus souvent au contraire il se fait une sorte de poussée, une augmentation de toutes les réactions antérieures.

Cette poussée méningée est généralement d'autant plus forte que la syphilis est plus active.

Chez les vieux syphilitiques ne présentant pas de lésion nerveuse antérieure les réactions nerveuses sont exceptionnelles et très peu marquées sous l'influence des injections.

Les accidents nerveux tardifs décrits sous le nom de neurorécidives ne se rencontrent presque exclusivement que chez des syphilitiques en période secondaire.

Si parmi de nombreux malades injectés dans les mêmes conditions certains d'entre eux présentent des accidents nerveux c'est que ces individus

présentent une susceptibilité spéciale. C'est du côté de l'individu et non du médicament qu'il faut rechercher la solution du problème.

Depuis dix ans l'emploi systématique de la ponction lombaire chez les syphilitiques a montré à R. qu'à la période du chancre le système nerveux n'est pas encore touché, qu'à la période secondaire il est atteint dans une très grande proportion, surtout au moment des accidents cutanés et qu'à la période tertiaire le système nerveux est intact. Ces faits permettent de comprendre que chez les malades dont le système nerveux n'est pas encore touché les injections de 606 sont bien supportées tandis que chez ceux dont le système méningovasculaire n'est pas intact le médicament produit une réaction plus ou moins vive.

Il ne s'agit ni de réaction de Herxheimer, ni de neuro ou de méningorécidives, mais au contraire d'une exacerbation d'une lésion existant autrement.

Le 606 ne devient neurotrope que lorsqu'il existe au niveau du système nerveux un spirochète virulent grâce auquel il devient nocif. Ce médicament doit donc être manié avec une grande prudence chez les malades dont le système nerveux est touché. E. Vaucher.

Sur l'action du Salvarsan sur le liquide céphalo-rachidien (Ueber die Wirkung der Salvarsans auf die Cerebrospinal-flussigkeit, par Wechselmann. *Berliner klinische Wochenschrift,* 1912, n° 15, p. 689.

A propos de travail de Ravaut, W. observe qu'on peut tirer des observations qui y sont contenues des conclusions sensiblement différentes, et en particulier, qu'à son avis, l'influence du Salvarsan sur l'augmentation des altérations céphalo-rachidiennes n'est nullement mise en évidence. Le fait que Ravaut a trouvé 2 fois de l'arsenic dans le liquide céphalo-rachidien n'a d'importance parce que cette constatation fait souvent défaut.

W. estime qu'au contraire, le Salvarsan a une bonne influence sur la méningite précoce et sur l'état du liquide céphalo-rachidien.

Au reste, W. observe que les faits de Ravaut ne plaident nullement en faveur d'une action neurotoxique du Salvarsan. Ch. Audry.

Salvarsan et système nerveux (Salvarsan und Nervensystem), par Spiethoff. *Muenchener medizinische Wochenschrift,* 1912, n°s 20 et 21, p. 1086 et 1158.

S. partage le point de vue de Finger qui accuse le traitement par le Salvarsan de multiplier les neuro-récidives ; mais il accepte aussi l'opinion de Benario d'après laquelle ces neuro-récidives sont d'autant moins fréquentes que le traitement est administré plus fréquemment. S. est d'ailleurs porté à croire que même contre les neuro-récidives, le Salvarsan a une action plus sûre et plus rapide que Hg.

En cas de tabes, le Salvarsan donne aussi des résultats utiles dont font foi les modifications du liquide céphalo-rachidien (nombre des cellules, teneur en albumine) et la disparition possible de la W. R. En cas d'altération circonscrite des centres nerveux, S. commence par un traitement mercuriel, qu'il fait, au besoin, suivre d'une administration prudente du Salvarsan.

S. a perdu un jeune homme de 19 ans porteur d'un chancre syphilitique,

avec W. R. négative qui succomba à des accidents convulsifs. Il avait reçu deux injections intra-veineuses légèrement acides de 0,50 à 8 jours d'intervalle. Les convulsions débutèrent le lendemain de la seconde et il mourut très rapidement ; le liquide céphalo-rachidien était normal. Dans un autre cas, il se produisit aussi des accidents du même genre très grave, mais non terminés par la mort ; le malade, âgé de 22 ans, avait un chancre, il avait reçu plusieurs injections acides. S. pense que la ponction lombaire, la saignée et l'injection rectale de sérum ont beaucoup contribué à sauver le malade.

De tels faits ne peuvent être attribués qu'à l'intoxication. S. note que après l'injection de Salvarsan, la tension du liquide céphalo-rachidien est augmentée ; il insiste sur les résultats de Ravaut et Lévy Bing et fait observer qu'il faut en tenir compte. Il pense que la ponction lombaire a une action curative précieuse dans tous les états nerveux. Ch. AUDRY.

Sur les maladies de l'acoustique pendant le stade précoce de la syphilis, principalement après le Salvarsan (Ueber Acusticuserkrankungen in Frühstadium der Lues, insbesondere nach Salvarsan), par KNICK et ZALOZIRCKI. *Berliner klinische Wochenschrift,* 1912, nos 14 et 15, p. 635 et 693.

K. et Z. commencent par donner 12 observations personnelles d'accidents de l'ouïe chez des syphilitiques dont la plupart avaient reçu du Salvarsan.

4 fois, les accidents étaient associés à d'autres manifestations spécifiques et les malades n'avaient encore reçu aucun traitement. Les 8 autres pouvaient être considérés comme des neuro-récidives ; dans tous ces cas où le liquide céphalo-rachidien fut examiné, on le trouva altéré de telle sorte que l'existence d'une méningite spécifique était certaine.

Les renseignements anatomo-pathalogiques sur ces altérations syphilitiques du labyrinthe et de l'oreille interne sont encore très maigres. K. et Z. admettent que, chez leurs malades, il s'est habituellement agi d'une périnévrite de la huitième paire plutôt que d'une labyrinthite, celle-ci pouvant du reste exister en même temps.

On ne peut nier l'existence particulièrement fréquente des neuro-récidives chez les individus traités par le Salvarsan.

Dans le cas particulier, il s'agit assurément d'une méningite précoce dont les recherches de Ravaut ont montré la grande fréquence.

Rien ne permet d'y voir une manifestation neurotropique du Salvarsan. Peut-être faut-il admettre un antagonisme entre le développement des altérations cutanées et celui des altérations nerveuses, ou la production d'une endotoxine particulièrement nuisible pour les nerfs? Mais aucune de toutes ces théories n'a encore grand poids. Seulement, les faits sont incontestables. Ch. AUDRY.

Réactions nerveuses tardives des syphilitiques après le Salvarsan? (Nervöse Spätreaktionen Syphilitischer nach Salvarsan), par G. DREYFUS. *Münchener medizinische Wochenschrift,* 1912, n° 19, p. 1027.

Analyse détaillée et critique du travail publiée par Ravaut (*Presse médicale,* 1912, n° 18) sur ce même sujet. Ravaut s'appuyait sur les résultats fournis par l'examen du liquide céphalo-rachidien avant et après le traitement ; il concluait qu'au cours de la syphilis secondaire, le Salvarsan

n'exerçait souvent sur l'état du liquide céphalo-rachidien qu'une action nulle ou même défavorable. D. confirme généralement tous les faits avancés par Ravaut, notamment en ce qui touche l'importance et la fréquence des altérations du liquide céphalo-rachidien dans la syphilis ; mais d'un certain nombre d'examens (dont il ne donne pas les détails), D. conclut que l'action du Salvarsan sur l'état du liquide lui a fourni des résultats beaucoup plus favorables qu'à Ravaut. Seulement il est nécessaire d'utiliser des doses considérables du médicament ; il est d'ailleurs fort possible qu'un traitement mixte (Hg, KI, Salvarsan) chronique, prolongé et intermittent soit ici nécessaire. Il faudrait injecter au moins 3 grammes de Salvarsan à des malades porteurs d'altérations du liquide céphalo-rachidien.

Il est évident que l'examen de ce dernier avant et après le traitement peut et doit jouer un grand rôle dans la direction de celui-ci, en ce qui touche l'appréciation de l'état du système nerveux. Ch. Audry.

Paralysie faciale acoustique double après Salvarsan (Beiderseitig-Faziatis-Akustikus (Kochlearie und Vestibularis) lähmung nach Salvarsan), par Goldmann. *Wiener klinische Wochenschrift,* 1912, n° 11, p. 416.

6 semaines après avoir reçu deux injections de 0.30 de Salvarsan, un homme de 30 ans présente des vertiges, de la surdité, de la chute de la paupière, à 2 reprises différentes.

Wassermann positif. La syphilis remontait au mois de septembre; une cure de friction mercurielle avait été suivie en novembre, et le traitement au Salvarsan datait de janvier.

Il faut admettre une lésion des 2 nerfs qui passent dans le canal acoustique. Ch. Audry.

De l'origine des neurorécidives dans la salvarsanothérapie et des moyens d'y remédier, par Emery. *La Clinique,* 15 mars 1912, n° 11, p. 168.

Emery considère le complexus symptomatique de la neurorécidive comme d'origine syphilitique. Les arguments cliniques qui lui permettent de placer la neurorécidive au rang des manifestations syphilitiques sont nombreux.

1. Le tableau symptomatique habituellement présenté par le malade n'est que la traduction extériorisée d'une méningite de la base. Nulle part ne se retrouvent les localisations électives et circonscrites de l'intoxication par l'arsenic.

2. Le nerf optique est souvent atteint dans la neurorécidive. Rien de semblable dans l'intoxication. Sur 1 000 malades empoisonnés à Manchester par la bière arsenicale, pas une seule fois le nerf ne fut touché.

3. L'examen ophtalmoscopique a permis de constater que, en plus des symptômes objectifs différents, syphilis et intoxication avaient des réactions anatomopathologiques dissemblables. Dans l'intoxication, lésion d'atrophie ; dans la neurorécidive, inflammation franche, banale.

4. La lymphocytose rachidienne est corrélative d'une lésion secondaire méningée, pouvant exister du reste dans les affections localisées telle que névrite. Prodrome de syphilis nerveuse, elle peut être accentuée par le Salvarsan en raison d'un Herxheimer méningé.

5. Le traitement banal, mercuriel ou ioduré peut à lui seul faire disparaître les accidents.

6. Les neurorécidives ont été vues après la médication hydrargyrique avec les mêmes caractères.

7. Les troubles observés sont contemporains de la fin de la période primaire ou du début de la période secondaire à peu près exclusivement.

8. Il est impossible enfin de parler de toxicité dans les cas assez nombreux où la neurorécidive n'est apparue que longtemps après l'injection.

Enfin les accidents disparaissent par la continuation du traitement.

Emery termine en exposant la technique de son traitement par le Salvarsan. Il emploie un traitement sérié comprenant cinq à six injections par série et suivi d'un repos n'excédant pas six semaines entre deux ou trois séries. E. Vaucher.

Accidents épileptiformes par le Salvarsan (Épileptiforme Anfälle bei Salvarsan), par F. Lesser. *Berliner klinische Wochenschrift*, 1912, n° 13, p. 592.

Dans un premier cas, il s'agit d'un homme qui, huit semaines après une troisième injection de Salvarsan, présente brusquement une attaque épileptiforme de 1 heure et demie. Depuis lors, il a reçu plusieurs autres injections sans accidents.

Dans le second cas, il s'agit d'un homme qui reçut 0,50 de Salvarsan le 10 novembre, et 0,60 le 16 du même mois. Trois jours plus tard, accidents convulsifs et mort en 48 heures. A l'autopsie, lepto-méningite, sans aucune lésion cérébrale.

L. réunit 18 cas semblables, dont 12 présentèrent les accidents à bref délai après les injections, et 6 autres plus tardivement. 9 des premiers ont été suivis de mort.

L. admet qu'il peut, exceptionnellement, apparaître sous l'influence du Salvarsan, des poisons d'une nature et d'une origine encore indéterminée ; ces poisons peuvent engendrer des troubles fonctionnels ou des altérations anatomiques d'une intensité très variable, en rapport avec la quantité de produits toxiques. La variété épileptiforme des accidents représente une forme fonctionnelle de cette intoxication. N'oublions pas que le foie peut présenter du Savarsan plusieurs mois après une injection intra-veineuse, et on comprend ainsi le genre des accidents retardés. En d'autres cas s'il existe des altérations anotomiques, il vaut mieux supposer une réaction d'Herxheimer, une neurorécidive; ces dernières résultent d'une exaltation, d'une lésion syphilitique antérieure et latente. On sait d'ailleurs que même sur la peau, on a observé des accidents tardifs de même nature : urticaire, etc. On peut ainsi admettre une sorte d'exanthème médicamenteux retardé frappant les centres nerveux et non la peau. Il est également possible d'accepter l'hypothèse d'idiosyncrasie pour quelques-uns des cas à accidents rapides; mais ces idiosyncrasies ne sont pas des anaphylaxies mais tout simplement des intolérances de nature inconnue. Ch. Audry.

Le 606 et les troubles de l'ouïe, par Milian. *Société Médicale des Hôpitaux,* 15 mars 1912, n° 11, p. 326.

Dans 7 cas M. a noté des troubles de l'ouïe imputables au 606, qui

apparurent vingt-quatre à trente-six heures après l'injection. Il s'agissait de surdité incomplète, unilatérale qui dura seulement de quelques jours à deux semaines et qui guérit entièrement sans le moindre reliquat. Il est facile de se prémunir contre ces accidents en s'abstenant d'injecter d'emblée de fortes doses du médicament. E. VAUCHER.

Labyrinthites et 606, par SICARD, FAGE et GUISEZ. *Société Médicale des Hôpitaux,* 22 mars 1912, n° 11, p. 341.

Un malade atteint de syphilis secondaire présente trois semaines après avoir reçu deux injections intraveineuses de 606 des phénomènes de double labyrinthite qui semble due à une action élective du médicament sur le nerf auditif et non à une neurorécidive syphilitique. E. VAUCHER.

Œil et Salvarsan (Auge et Salvarsan), par J. FEJER. *Berliner klinische Wochenschrift,* 1912, n° 15, p. 691.

F. rappelle les discussions antérieures sur ce sujet et le tableau de 35 cas de papillites bilatérales ou unilatérales dressé par Steindorff, papillites observées pendant ou après le traitement par le Salvarsan.

F. en donne lui-même trois observations (papillite exsudative aiguë, choroïdite) et remarque qu'il n'a jamais observé de pareils cas chez des malades traités par les autres méthodes. Au reste, c'est là un fait qui ne paraît pas contestable en ce qui touche les neurorécidives, non seulement autres que les optiques, mais même en ce qui touche les accidents optiques.

(Le premier cas (papillite) guérit lentement par une série de cures de friction. Dans le second cas, qui ne fut pas suivi jusqu'à guérison, il s'agissait d'une papillite unilatérale; dans le troisième d'une iridochoroïdite.)

Ch. AUDRY.

Recherches expérimentales sur la question de l'action neurotoxique du Salvarsan (Experimentelle Untersuchungen zur Frage nach der neurotoxischen Wirkung des Salvarsans), par M. BREK. *Münchener medizinische Wochenschrift,* 2 janvier 1912, p. 19.

Les souris d'expérience ont reçu des doses de 3 milligrammes, ce qui correspond à 7 grammes pour un homme de 60 kilogrammes. Les coupes en série pratiquées après décalcification sur les têtes entières n'ont montré de dégénérescence en aucun point des tissus nerveux. PELLIER.

Paralysie générale et Salvarsan, par JAMBON. *Journal des médecins praticiens de Lyon,* 15 juin 1912, p. 255.

Dans cette question si controversée de l'utilité du Salvarsan dans les syphilis quaternaires, il est intéressant de connaître les résultats obtenus dans les cas isolés. Dans l'observation de l'auteur, les premiers symptômes étaient survenus en février 1911. En septembre, il présentait au complet les symptômes physiques et intellectuels de la P. G. On était sur le point de l'enfermer. L'effet de trois injections de Salvarsan, à la dose de 60 centigrammes chaque, fut surprenant, et assez rapide pour permettre d'éliminer l'idée d'une rémission spontanée. L'amélioration fut telle que le malade put reprendre la direction d'une grosse maison de commerce. Cet état persistait encore en mars 1912.

A ce propos, l'auteur rapporte trois cas de tabes très améliorés à tous

points de vue par le même traitement, alors que la médication hydrargyrique n'avait donné aucun résultat appréciable.

Posant la question de la prophylaxie des accidents nerveux, J. rappelle ses recherches sur l'état du liquide céphalo-rachidien au cours de la période secondaire. Il a toujours constaté, comme Ravaut, l'existence d'une grosse réaction lymphocytaire des méninges chez tous les syphilitiques porteurs d'accidents secondaires généralisés, cutanés ou muqueux, alors même que les symptômes nerveux subjectifs (céphalée, névralgies.....) n'existaient pas. C'est à ce moment, dit-il, que s'amorcent les lésions méningées ou nerveuses, et c'est à ce moment qu'il faut les traiter vigoureusement, guidé par l'examen du liquide céphalo-rachidien et la réaction de Wassermann. M. Carle.

Syphilis secondaire traitée par le Salvarsan : neuro-récidive dans les deux mois : à type de méningite basilaire (Sifilis secundaria tratada por Salvarsan ; neuro-recidiva à los dos meses con tipo de meningitis basilar), par J. de Azua. *Revista clinica de Madrid,* 1er août 1912, tome VII, nº 7, p. 253

Un homme de 32 ans, sans autre antécédent pathologique qu'une paralysie faciale à frigore à 17 ans et un ictère catarrhal à 31, parfaitement guéris l'un et l'autre, prend la syphilis en avril 1911. Manifestations cutanéomuqueuses intenses. Deux injections, chacune de 0,5 de Salvarsan, les font disparaître : Wassermann négatif. Deux mois de traitement par pilules de Hg. en mi-juillet, alopécie, plaques buccales, céphalalgie et Wassermann faiblement positif. Progressivement, symptômes de méningite basilaire diffuse (vomissements, lenteur du pouls, paralysie fugace de la face et du bras droit, troubles de la parole et de la vue), on diagnostique une endartérite cérébrale due à la non-élimination du 606 et on prescrit des injections de calomel à dose maxima ; puis trois d'hectine et une de paratoxine dans l'idée qu'il s'agit d'ataxie cérébelleuse, anurie et hématurie. Wassermann positif. Les troubles visuels prenant le type de névrite optique dégénérative, Ehrlich consulté conseille 4 injections de 0,1 de 606. La première produit du délire avec pouls filiforme, incomptable et anurie, on abandonne le 606 et on fait pendant 2 mois onze injections de calomel de 0,1 et quelques-unes de 0,05. En novembre, l'amélioration de l'état général n'était encore que légère et la cécité presque complète. Le Wassermann, négatif en décembre 1911 était redevenu positif en mars 1912. Injections de biiodure de Hg. La localisation méningée diffuse survenue plus de 2 mois après la deuxième injection de Salvarsan ne dépend pas de la toxicité du remède ; c'est une véritable récidive syphilitique que le traitement n'a pu empêcher, à noter la précocité de l'apparition de la méningite basilaire. La troisième injection de 0,10 de Salvarsan a été immédiatement suivie de phénomènes graves, véritable réaction de Herxheimer. L'auteur attribue l'échec à l'insuffisance d'énergie du traitement intermédiaire et à la confiance inspirée par la réaction négative de Wassermann, qui ne devrait nullement autoriser à faire abandonner le traitement intensif. J. Méneau.

REVUE DES LIVRES

Les sporotrichoses, par DE BEURMANN et GOUGEROT. Un volume in-8 de 852 pages avec 281 figures dans le texte et 8 planches. F. Alcan, éditeur, Paris, 1912.

Il est banal à l'heure actuelle de montrer le service que les travaux de de Beurmann et de ses élèves Ramond et Gougerot ont rendu à la médecine en isolant un type spécial d'affection à aspect polymorphe, fréquente en France, presque toujours guérissable lorsqu'elle est reconnue. Cette affection causée par un sporotrichum, le Sporotrichum Beurmani, a été désignée à juste titre sous le nom de maladie de de Beurmann. C'est grâce aux travaux de de Beurmann en France que s'est faite l'histoire de la sporotrichose : avec Ramond il en décrivit en 1903 la première observation, avec Gougerot en 1906 il commençait une série de recherches dont l'ensemble réuni dans le volume que ces auteurs nous présentent aujourd'hui constitue un véritable traité de la maladie.

Le livre se divise en deux parties.

La première est consacrée à l'étude générale des sporotrichoses, à l'historique de la question et à l'étude botanique des divers sporotrichum : le S. Schenki, le S. Beurmani, le S. Jeanselmi, le S. Gougeroti, le S. Dori. Chacune de ces espèces est étudiée séparément mais on peut se rendre compte par cette lecture que les caractères différentiels entre les espèces sont peu nombreux et qu'il s'agit en réalité plus de variétés culturales que d'espèces différentes.

La deuxième partie est purement clinique et dans une série de chapitres sont étudiés la fréquence, la distribution géographique, l'étiologie, les formes cliniques, les localisations, le pronostic, le diagnostic et le traitement de la sporotrichose type de de Beurmann. Enfin pour terminer cette seconde partie trois chapitres sont consacrés à l'anatomie pathologique, aux réactions humorales des sporotrichosiques puis aux sporotrichoses animales soit expérimentales soit spontanées.

Ce court aperçu montre donc l'importance de ce volume puisqu'il résume toute la sporotrichose et associe pour toujours à cette maladie, maintenant bien connue, le nom du médecin de l'hôpital Saint-Louis qui l'a créée.

P. RAVAUT.

Les anticorps syphilitiques. Essais de séro-agglutination de la syphilis, par A. TOURAINE. Steinheil, éditeur, Paris, 1912.

T., qui a exécuté ce travail dans le laboratoire de Jeanselme, commence par examiner les phénomènes d'agglutination des tréponêmes qui se réalisent dans un sérum syphilitique.

Si l'on prend un fragment de tissu riche en tréponème et qu'on l'examine plongé dans le sérum physiologique ou un sérum non-syphilitique, les trépomènes mobiles encore pendant plusieurs heures finissent par périr dispersés au hasard ; si au contraire on maintient un tel fragment dans le sérum syphilitique, ils commencent à se réunir au bout d'une heure, puis s'agglutinent par une extrémité, en amas stellaire, s'immobilisent, meurent et dégénérent. Toutefois, cette définition est, en fait, schématique, car il peut se produire de l'autoagglutination, c'est-à-dire que même en sérum non-syphilitique, il peut se produire de l'agglutination parce que le fragment introduit emporte avec lui une certaine quantité de sérum syphilitique et vicie ainsi l'expérience.

T. donne une technique détaillée du processus opératoire ; il recommande de recourir de préférence aux syphilides vulvaires peu suintantes, il ne faut pas que le malade ait subi un traitement. Autant que possible, on excise le fragment au sommet même de la papule. Naturellement on examine à l'ultra-microscope.

Il faut examiner des tréponèmes vivants ; les tréponèmes morts peuvent s'agglomérer, mais non s'agglutiner, c'est-à-dire se réunir en étoiles, ce qui constitue la caractéristique du phénomène. Ce dernier se produit d'ailleurs avec une intensité variable. Les tréponèmes agglutinés restent mobiles environ 6 heures, c'est-à-dire un peu plus que ceux qui restent isolés. Il peut du reste se produire des amas stellaires éphémères, dont les composants reprennent leur individualité.

L'agglutination, faible pendant le chancre, s'accroît avec l'évolution de la maladie ; elle persiste pendant une période précoce de latence ; l'agglutination semble d'autant plus active que la maladie est plus intense ; elle persiste, faible pendant la syphilis tertiaire, mais ne se produit pas dans la syphilis maligne précoce.

L'influence du traitement mercuriel est faible, celle du 606 irrégulière et temporaire.

Il n'y a pas une action nette, régulièrement spéciale à noter suivant qu'on emploie le sérum du porteur de tréponèmes ou d'un autre.

Les sérums lactescents et chauffés agglutinent comme les autres, mais il faut toujours qu'ils soient frais. Le liquide céphalo-rachidien, l'urine n'agglutinent pas ; T. a vu l'agglutination dans la sérosité du chancre.

T. a observé 3 fois sur 180 l'agglutination dans des sérums artificiels et 11 fois sur 150 sérums humains non-syphilitiques. T. prouve que ces faits relèvent du phénomène déjà défini d'autoagglutination ; il est à remarquer que ces trépomènes autoagglutinants restent agglutinants en toutes circonstances.

Cette séro-agglutination est un phénomène qui appartient d'ailleurs à nombre d'infections microbiennes, à des spirilles, à des trypanosomes.

La séro-agglutination ne serait qu'une manifestation des anticorps syphilitiques. Comme les autres, l'agglutinine syphilitique est thermo-stabile, ne serait pas d'origine locale et pourrait être véhiculée par les globulines ; peut-être les lipoïdes du groupe de la lécithine jouent-ils un rôle dans l'origine de ces agglutinines.

Travail étudié, intéressant et utile. Ch. Audry.

Traitement actuel du rhumatisme blennorrhagique, par S. CHAUVET *(Œuvre médico-chirurgicale).* Un volume in-8, Masson, éditeur, Paris, 1912.

Intéressante petite monographie de vulgarisation où l'auteur résume quelques-uns des traitements nouveaux. Cependant on pourrait désirer un peu plus de détails à propos de la vaccination antigonorrhéique dont l'exposé est vraiment incomplet ; il existe une masse considérable de travaux allemands dont il n'est pas fait la moindre mention. C. est peut-être un indulgent pour le traitement par le sérum antiméningococcique qui m'a toujours paru parfaitement inutile.

C. expose ensuite quelques traitements nouveaux à application locale : radium, aérothermo thérapie, méthode de Bier, etc.

Tout cela est très bien ; j'aurais seulement désiré que M. A. rappelle que le traitement de l'urétrite blennorrhagique ou de tout autre foyer initial de l'infection gonococcique constitue la base même de toute cette thérapeutique, très intéressante, sans doute, mais généralement à peu près inutile. Ch. AUDRY.

La stérilisation de la syphilis, par LEREDDE. Maloine, éditeur, Paris, 1912.

Petit livre de vulgarisation, clair et sans prétention. Cependant toutes les idées n'en sont pas encore bien assurées : comment Leredde peut-il écrire : La réaction de Wassermann « n'est pas habituellement négative chez les malades soumis aux pilules : une des plus graves erreurs et des plus communes qui ont été commises par les syphiligraphes a été de croire qu'un traitement prolongé peut remplacer un traitement énergique ».

C'est là une affirmation entièrement fausse : si Leredde prend la peine d'examiner la W. R. d'un très grand nombre de vieux malades jadis traités par les pilules, comme il convenait, il verra que chez beaucoup elle est négative. Il n'est même pas du tout prouvé que la W. R. soit plus fréquente chez eux que chez les autres, à ancienneté égale ! Ch. AUDRY.

Manuel pratique de diagnostic de la syphilis (Praktische Anleitung zur Syphilisdiagnose auf biologischem Wege (Spirochœten Nachweis, Wassermannsche Reaktion), par P. MULZER. 2e édition, Berlin, 1911.

Deuxième édition d'un bon petit manuel dont j'ai traduit assez inexactement le titre. Malheureusement, elle date déjà du mois d'octobre 1911, et il faudrait la réimprimer pour y joindre ce qui a trait à la culture du spirochète.

Je regrette que M. n'y ait pas joint quelques pages relatives à la technique des inoculations aux petits animaux des laboratoires ordinaires. Nul n'était mieux préparé à cette exposition qui aurait été fort utile. Espérons que ce sera pour bientôt. Ch. AUDRY.

Le Gérant : Pierre AUGER.

CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT.



TRAVAUX ORIGINAUX

COMMENT NOUS PENSONS QU'ON PEUT ET QU'ON DOIT A L'HEURE ACTUELLE EMPLOYER LE SALVARSAN

Par **L. Brocq.**

Maintenant qu'il semble que les passions soulevées par l'introduction du dioxydiamidoarsenobenzol dans la thérapeutique soient un peu apaisées, et que l'on entre dans une période plus calme et plus réfléchie d'étude de ce médicament, nous croyons devoir faire connaître le résultat des essais et des réflexions auxquels nous nous livrons depuis plus de deux ans.

Depuis notre communication sur le 606 de novembre 1910 à la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie en collaboration avec notre élève et ami, M. le Dr Le Blaye, nous avons gardé le silence sur cette question, parce que nous avons estimé qu'il était inutile de prendre part à des débats qui avaient des allures de polémiques, mais nous avons continué avec persévérance à expérimenter ce produit. Nous l'avons fait surtout dans notre service à l'hôpital Saint-Louis, et, sous notre direction, nos chefs de clinique, MM. les Drs Fage et Fernet, nos internes, Mme Eyraud-Déchaux, MM. Le Blaye, Brac, Gendron, Ségard, Françon, May, nos externes, Mlle Ettinger, M. Toffin, se sont attelés à cette besogne, ont observé les malades, fait les Wassermann, étudié les effets thérapeutiques et les accidents.

C'est sur les résultats obtenus dans cette vaste collaboration en commun, coram populo, sans aucune illusion personnelle possible, en dehors de toute préoccupation de clientèle, que nous allons nous appuyer dans tout ce qui va suivre, sans tenir compte de ce qui a été déjà dit et fait.

Dans notre communication de novembre 1910 nous avions insisté sur les difficultés considérables que présentait à cette époque le maniement du Hata-606. Nous avions réclamé un produit que tout praticien pût administrer directement, d'emblée, sans lui faire subir de manipulations. A cela il y avait deux raisons : la première c'est qu'à moins d'être complètement spécialisé le praticien éprouvait de réelles difficultés pour obtenir un produit injectable parfait et ne présentant pas de dangers : la deuxième c'est qu'en cas d'accidents et d'action en

responsabilité engagée, le médecin se serait trouvé en fort mauvaise posture devant la justice, ayant fait une œuvre de pharmacien.

Depuis lors des pharmaciens soigneux ont mis à la disposition des praticiens des appareils bien réglés, et des solutions qu'ils préparent au moment même où le médecin doit s'en servir d'après les dernières exigences des promoteurs de la méthode. L'opérateur n'a qu'à introduire l'aiguille dans la veine, à s'assurer qu'elle est bien en place, et à vérifier pendant toute la durée de l'injection si l'écoulement se fait bien et à la vitesse voulue.

Mais depuis quelques mois nous pouvons utiliser la nouvelle découverte d'Ehrlich, le néo-salvarsan, avec lequel les manipulations préparatoires sont réduites à leur plus simple expression. Il suffit en effet de dissoudre la substance à injecter dans du sérum à 4 ou 6 pour 1 000 préparé à l'instant même. Ce n'est pas encore l'idéal rêvé ; il y a prise à beaucoup d'objections. Le praticien est toujours obligé à trop de soins, et la fragilité du produit (fragilité qui se traduit par la formation de substances toxiques si l'on commet quelques fautes de technique) est surtout trop grande. Nous espérons que le génie d'Ehrlich nous donnera beaucoup mieux encore dans quelque temps et qu'il fournira enfin au praticien une solution toute préparée, stable, directement injectable; mais enfin tel que nous l'avons à notre disposition à l'heure actuelle le néo-salvarsan réalise, au point de vue pratique, un grand progrès sur l'ancien 606 : il est vrai que quelques syphiligraphes prétendent qu'il ne doit pas remplacer tout à fait le Salvarsan, que certains autres le croient fort dangereux et estiment qu'on ne doit pas s'en servir.

J'insiste donc encore une fois sur la nécessité impérieuse qu'il y a pour le triomphe définitif de cette nouvelle méthode et pour que le médecin et le malade aient plus de sécurité, à fournir des préparations stables, précises, directement injectables, sans aucune manipulation préalable. A chaque instant nous entendons les partisans du nouveau produit incriminer des fautes de technique quand on relate des accidents observés après son emploi. On en était arrivé à réclamer comme véhicule de l'eau distillée préparée au moment même de s'en servir, voici maintenant que l'on s'aperçoit que cette eau peut être toxique suivant la qualité du verre employé pour la distillation. Et puis ! qu'y aura-t-il encore ? Il n'est pas possible que la santé d'un malade soit à la merci d'incidents et d'accidents de cette nature. Le pharmacien doit livrer un produit irréprochable ; et le médecin ne doit pas s'aventurer à manipuler le médicament qu'il a prescrit et qu'il ne doit pas préparer, mais simplement administrer.

Cela dit, et c'est un point de la plus haute importance, j'entre dans le cœur même du sujet.

Je déclare tout d'abord pour que le lecteur comprenne bien dans quel esprit cet article est écrit, que l'expérience de ces deux dernières

années a à peu près confirmé ce que les premiers résultats obtenus en 1910 m'avaient fait entrevoir, et dont voici le résumé :

1° Le salvarsan et le néo-salvarsan sont des médicaments d'une très grande efficacité contre la syphilis ;

2° *Dans l'état actuel de la science,* ils *doivent,* d'après nous, être employés toutes les fois que c'est possible dès le début de la syphilis, dès l'apparition du chancre, avec un maximum de puissance compatible avec la tolérance du sujet, pour tâcher de détruire les tréponèmes dès leur introduction dans l'organisme ;

3° *Dans l'état actuel de la science,* ils *peuvent* être employés avec avantage dans le cours de la syphilis, soit secondaire, soit tertiaire, surtout quand le mercure seul ou associé à l'iodure reste inefficace ou n'est pas toléré.

Proclamer à l'heure actuelle que le salvarsan est un médicament efficace contre la plupart des manifestations de la syphilis est une pure banalité. Il est hors de doute que sous son influence les chancres se cicatrisent dans la majorité des cas avec une rapidité infiniment plus grande que lorsqu'on traite les sujets par les méthodes habituelles de mercurialisation : il est hors de doute que les syphilides ulcéreuses, que les syphilides érosives, papulo érosives et papulo hypertrophiques guérissent pour ainsi dire à vue d'œil, que les syphilis malignes précoces s'arrêtent dans leur évolution, puis rétrocèdent de merveilleuse façon, etc...

Mais il est hors de doute que ces résultats sont surtout extraordinaires de promptitude chez les sujets qui ont été préalablement traités par le mercure. Il est hors de doute également que dans certaines syphilis à manifestations banales le Salvarsan et le néosalvarsan n'agissent pas beaucoup mieux que le mercure.

Il n'en est pas moins vrai que ce sont des médicaments de la plus haute valeur qui ont conquis leur place en thérapeutique, et qu'à l'heure actuelle toute la question est de savoir si leur administration régulière n'offre pas de sérieux inconvénients, et s'ils doivent oui ou non remplacer définitivement et complètement le mercure et l'iodure de potassium dans le traitement de la syphilis.

Malheureusement la solution de cette question capitale ne nous paraît pas aussi simple qu'on le croirait au premier abord en présence des résultats splendides que tout le monde connait.

Il s'agit d'établir :

A. Si vraiment, comme le prétendent les partisans irréductibles de cette nouvelle médication, le Salvarsan et le néosalvarsan ne causent que des accidents de peu d'importance, qu'on peut négliger en pratique pourvu qu'on ne commette pas de grossières fautes de technique.

Et par suite s'ils doivent remplacer les anciennes médications dans tous les cas, et pendant tout le traitement de la syphilis ;

B. Si au contraire les accidents imputés à ces produits méritent d'être pris en sérieuse considération, et par suite :

a) Si on peut les employer dans tous les cas, mais conjointement ou alternativement avec le mercure ;

b) Si on ne doit les employer qu'à titre exceptionnel quand les anciennes méthodes échouent ou sont mal tolérées ;

c) Si on ne doit jamais s'en servir.

Cette dernière proposition nous paraît devoir être écartée d'emblée dans l'état actuel de la science.

Pour discuter ces problèmes qui certes ne sont pas encore résolus à l'heure actuelle et ne peuvent l'être pour les motifs que nous exposerons ci-dessous, il faut en bien poser les termes.

Il convient tout d'abord de ne pas oublier, comme le font la plupart des auteurs à l'heure actuelle, qu'avant l'apparition du 606 on savait traiter la syphilis. La plupart de ceux qui jettent maintenant le mercure à la voirie étaient parmi les plus ardents à soutenir qu'en sachant manier ce médicament on pouvait à coup sûr maîtriser la syphilis et ses plus redoutables conséquences.

Et d'ailleurs l'hygiène n'est-elle pas toujours ou pour mieux dire ne doit-elle pas être toujours un des agents principaux, et des plus sûrs, dans le traitement de la syphilis ?

Nous venons de rappeler les extraordinaires mérites du Salvarsan et du néosalvarsan.

Discutons-en maintenant les inconvénients. Ils ont été niés par les uns, exagérés par les autres, et il est fort difficile à l'heure actuelle, au milieu de ce conflit d'opinions, d'arriver à établir d'une manière exacte la vérité. Ici encore je m'en rapporterai surtout à ce que j'ai vu. Je n'accuserai et n'incriminerai personne. Cet article doit, dans ma pensée, avant tout ne pas être une œuvre de polémique.

Nous ne saurions trop répéter que c'est une tâche extrêmement délicate d'apprécier en ce moment la nature, l'importance, la gravité des accidents que l'on peut observer à la suite de l'administration du Salvarsan et du néosalvarsan : elle réclame une observation patiente, minutieuse et impartiale des faits cliniques, puis un grand bon sens et une absence totale de parti pris dans l'appréciation de la valeur exacte des documents recueillis. Sommes-nous dès maintenant suffisamment avancés dans l'enquête clinique à laquelle on procède depuis plus de deux ans pour pouvoir poser des conclusions fermes ? Nous ne le pensons pas.

On n'a pas encore traité les syphilitiques par ce seul produit pendant un assez long espace de temps et l'on n'a pas observé les mala-

des ainsi traités pendant un assez grand nombre d'années pour que l'on puisse connaître dès maintenant *tous les inconvénients que peut avoir l'arsénobenzol sur l'organisme humain, et pour que l'on soit en droit d'affirmer quel sera l'avenir des syphilitiques traités par ce nouveau produit.*

On a déjà des notions assez complètes sur les inconvénients immédiats que peut avoir l'administration massive du Salvarsan : il semble même qu'un grand nombre de ces accidents dépendent non du médicament lui-même, mais de fautes de technique, d'où l'impérieuse nécessité déjà signalée au début de cet article dans laquelle se trouvent les promoteurs de la méthode de rendre ces fautes de technique à peu près complètement impossibles en délivrant aux praticiens un produit directement injectable et stable (1). Mais on est loin de connaître tous les inconvénients qui pourront résulter de son administration prolongée. Il est en effet puéril d'espérer qu'en donnant à un sujet pendant des années un composé arsenical de cette puissance on n'observera jamais d'accidents tenant à l'action prolongée de cette substance sur les divers viscères, alors qu'on en constate avec les anciens composés arsenicaux.

Il est donc, actuellement, absolument impossible de prévoir ce que sera dans l'avenir la nouvelle génération de syphilitiques que l'on est en train de préparer: que deviendront leurs vaisseaux, leur foie, leur reins, leur système nerveux? Le tabes et la paralysie générale augmenteront-ils de fréquence ou diminueront-ils comme échéance chez les syphilitiques traités par le Salvarsan ? Questions redoutables que l'on est amené à se poser et que pour ma part, je l'avoue, je me pose avec anxiété, et qu'il me paraît, pour le moment, impossible de résoudre.

Nous le répétons avec insistance, certes il est admissible qu'on ne s'en préoccupe pas chez ceux que l'on soigne dès le début de leur infection et chez lesquels il semble que par de fortes injections de Salvarsan ou de néosalvarsan on arrive à juguler la maladie. Mais il n'en est pas toujours ainsi, loin de là. Chez bon nombre de syphilitiques l'infection générale est déjà faite depuis un certain temps quand on intervient : on n'est pas sûr de pouvoir éteindre définitivement le mal chez eux par une seule série d'injections : on est fatalement entraîné à les renouveler, et dès lors le problème que nous venons de soulever s'impose avec toute son obsédante obscurité.

(1) Il est inadmissible que les partisans quand même du Salvarsan mis en présence d'accidents graves déclarent que ces accidents n'ont aucune valeur et ne doivent pas être pris en considération dans l'appréciation de la valeur de la méthode parce qu'ils dépendent d'une faute de technique, d'une mauvaise préparation de la solution injectable, de la mauvaise qualité du véhicule employé, de la décomposition subie par le produit, etc... On ne doit demander au praticien que ce qu'il peut donner. On ne peut exiger de lui qu'il fasse œuvre de pharmacien ou d'homme de laboratoire. Avant tout qu'on lui fournisse un produit parfait, facile à manier, qu'il n'ait pas à manipuler.

Examinons de plus près ces divers points.

Pendant l'injection ou immédiatement après elle il peut survenir toute une série d'accidents sans grande importance sur lesquels nous n'insisterons pas. Les uns peuvent tenir à des fautes de technique : quand on emploie le Salvarsan elles dépendent souvent de la manière dont a été préparée l'injection qui est trop ou trop peu alcaline, l'eau qui sert de véhicule n'a pas été fraîchement distillée, elle l'a été avec des appareils défectueux, etc., etc... Nous nous sommes déjà expliqué plus haut sur la difficulté qu'éprouve un praticien à évoluer au milieu de tous ces écueils et sur l'impérieuse nécessité qu'il y a à lui mettre entre les mains un produit stable et directement injectable. Avec le néosalvarsan ces inconvénients paraissent un peu moins nombreux : ils existent cependant, et pour les réduire à leur minimum il est nécessaire d'en arriver au perfectionnement de la méthode que je viens d'indiquer.

Mais tous les accidents dont nous parlons ne tiennent pas à des fautes de technique bien que certains syphiligraphes l'affirment. Il y en a qui dépendent certainement du médicament lui-même et de son action brutale sur l'organisme. A l'hôpital où nous faisons des injections de Salvarsan ou de néosalvarsan par séries, nous nous servons pour une même série de la même eau distillée, des mêmes appareils, de la même technique : il n'y a que les tubes de médicaments qui changent. Et cependant que de fois avons-nous vu dans une même série de 8 ou 10 malades injectés dans une même matinée l'un d'entre eux présenter de la céphalée, des vomissements, de l'agitation, une élévation plus ou moins considérable de la température, alors que les autres n'éprouvaient aucun malaise, ou n'en éprouvaient tout au moins que de peu d'importance. Faudrait-il admettre que certains tubes de Salvarsan sont altérés ? C'est à la rigueur possible. Nous en doutons toutefois, car il nous est arrivé, quand nous utilisions le Salvarsan, de préparer une masse de produit injectable pour deux ou trois malades, et nous avons vu alors un des injectés, soit le premier, soit le second, présenter des accidents alors que l'autre n'avait rien.

Il nous semble donc hors de doute qu'il en est du Salvarsan comme de tous les autres médicaments. Il est plus moins bien supporté suivant les organismes et il y a à son égard des idiosyncrasies et des intolérances dont il convient de se défier.

Nous croyons que ce sont surtout, mais non exclusivement, les personnes fort nerveuses, émotives, présentant une grande réactivité vasomotrice, qui sont le plus exposées aux accidents dont nous parlons.

A l'appui de cette opinion nous avons observé plusieurs faits extrêmement suggestifs : nous en citerons un pour fixer les idées. Nous avons eu à soigner en mars 1912, salle Quinquaud n° 10, une jeune femme de 35 ans atteinte de syphilis secondaire en pleine activité et qu'on

nous avait adressée pour que nous la traitions par le Salvarsan. A un premier examen elle me frappa par son extrême nervosité, à tel point que je dis à mes internes de ne pas lui faire d'injection de 606. Après mon départ, elle les supplia si bien qu'elle obtint d'eux qu'ils lui fissent une injection : mais très prudemment ils ne lui injectèrent que 15 centigrammes de sel. A quatre heures de l'après-midi, l'injection ayant été faite vers les 11 heures du matin, la malade commença à s'agiter, à devenir vultueuse, à souffrir de la tête : elle eut des vomissements, la température s'éleva ; à 6 heures du soir elle atteignait 40°,3 ; la malade étouffait et paraissait être dans un état des plus graves. Tout se calma peu à peu pendant la nuit, et au bout de 48 heures la température était redevenue normale. Il est permis de croire que l'on aurait eu des accidents vraiment graves si on lui avait injecté 1 centigramme de Salvarsan par kilogramme, soit 58 centigrammes de sel, au lieu de 15.

D'autre part de nombreux syphiligraphes ont pu injecter couramment à leurs malades des doses élevées de Salvarsan et de néosalvarsan sans aucun inconvénient. Ils s'appuient sur ces faits pour déclarer que les accidents dont nous venons de parler ne tiennent qu'à des fautes de technique. Nous avons dit plus haut ce que nous pensons de cette opinion qui nous paraît insoutenable. Mais il faut retenir des statistiques qu'ils apportent que les accidents vraiment graves, immédiatement consécutifs à l'injection de fortes doses de Salvarsan sont d'une extrême rareté, à la condition formelle qu'on n'administre pas ces doses à des sujets présentant une contre-indication à leur emploi.

Il n'en est pas moins vrai que des faits malheureux bien observés démontrent que dans quelques cas fort rares la mort peut survenir chez des sujets en apparence sains quelques heures, deux ou trois jours après l'administration du Salvarsan. Ils sont très rares, c'est entendu ; mais enfin ils existent ; il faut le dire très haut : dès lors chaque praticien agira suivant son tempérament. Ceux qui, comme nous, ne veulent faire courir aucun risque à leurs malades, quelque minime qu'il soit, qui ne veulent rien livrer au hasard, s'en tiendront, au moins pour la première injection, à des doses moyennes de trente centigrammes de Salvarsan, ou de quarante-cinq centigrammes de néosalvarsan. Ils attendront de 5 à 7 jours pour faire une deuxième injection, et ils se baseront pour la faire sur ce qui se sera passé à la suite de la première : il convient toutefois de faire remarquer qu'il est assez fréquent lors de la deuxième injection de ne pas observer les petits malaises qui ont suivi la première. Même ligne de conduite pour la troisième. Nous les faisons d'ordinaire aux doses moyennes de 30 centigrammes de Salvarsan, de 0,45 centigrammes de néosalvarsan, et si le produit a été bien supporté, si les accidents paraissent graves et rebelles, nous pensons qu'on peut, *à la rigueur,* élever les doses de la deuxième et de la troi-

sième à 40 centigrammes de Salvarsan. Nous parlons ici de sujets d'un poids moyen de 55 à 65 kilogrammes; chez les hommes d'un poids moyen de 70 à 80 kilogrammes on peut augmenter ces doses de cinq à dix centigrammes, ce qui veut dire que nous adoptons en moyenne les doses faibles de cinq milligrammes de Salvarsan ou de 75 dix-milligrammes de néosalvarsan par kilogramme corporel.

Ceux qui, au contraire, abordent les responsabilités d'un cœur léger peuvent adopter la règle posée par certains syphiligraphes d'injecter d'emblée un centigramme de Salvarsan par kilogramme de poids. Mais l'analyse impartiale des faits cliniques prouve qu'en suivant cette pratique on n'a vraiment plus de sécurité.

C'est pour ces motifs qu'après une période de tâtonnements nous avons depuis un an et demi adopté d'une manière générale la ligne de conduite que nous venons d'indiquer.

Et souvent, quand les sujets nous paraissent un peu faibles, très impressionnables, nous les tâtons tout d'abord avec des doses encore moindres.

En agissant ainsi nous avons pu traiter près d'un millier de malades sans avoir d'accidents vraiment trop graves à déplorer.

Mais avec cette pratique ne courons-nous pas le risque de soigner incomplètement nos syphilitiques? Les partisans enthousiastes du Salvarsan et du néosalvarsan nous le reprochent. Il est fort possible qu'ils aient raison. Nous avons eu par périodes de la tendance à élever légèrement nos doses, mais toujours, au bout d'un certain temps, quelque accident grave observé par nos collègues nous a engagés à revenir à notre pratique de prudence. Nous attendrons l'épreuve du temps pour adopter les doses massives que certains préconisent.

Ce que nous pouvons dire, c'est que ces fortes doses ne nous paraissent pas être utiles pour faire disparaître les accidents syphilitiques visibles. Elles sont à la rigueur légitimées dès le début du chancre pour obtenir la stérilisation totale du terrain et la jugulation de la maladie. Elles le sont beaucoup moins dès que l'infection générale de l'organisme est effectuée. D'après certains syphiligraphes elles permettraient à cette époque de ne plus avoir de récidives, et par suite elles arriveraient à remplir le magnifique programme tout d'abord rêvé par Ehrlich, celui de la guérison radicale de la syphilis. Cela nous paraît discutable. Et cependant ce serait là, ce nous semble, la seule justification de leur emploi. Si l'on ne doit pas atteindre ce but, pourquoi s'en servir, alors qu'avec des doses moindres on arrive à faire disparaître les accidents?

Faut-il courir le risque, quelque minime qu'il soit, de mettre en péril la santé et la vie des malades pour le plaisir de voir disparaître des lésions avec une rapidité fantastique? C'est un peu, qu'on nous permette de le dire, l'histoire de toutes les médications ultra-énergiques. Autrefois avec le mercure administré à doses toxiques on obtenait des

effets pour ainsi dire foudroyants dans la syphilis. En donnant le calomel à doses fractionnées nous avons vu guérir en deux ou trois jours des iritis spécifiques. Mais on a reconnu que ces médications brutales présentaient trop de dangers, et on en est revenu à des modes d'emploi de ce médicament beaucoup moins brillants, mais à peu près inoffensifs. N'en sera-t-il pas de même pour le 606 ?

Certains syphiligraphes ont abordé l'étude de ces difficiles questions avec un esprit qui nous paraît peu pratique ; ils ont émis une série de propositions que nous croyons utile de relever avec toute la modération et l'impartialité nécessaires.

« Le Salvarsan, ont-ils dit, n'est pas plus dangereux que le chloroforme. Notre devoir est avant tout de guérir la syphilis, car la syphilis non traitée tue plus de monde que ne peut le faire le Salvarsan et qu'il ne l'a fait depuis qu'on l'emploie. »

On oublie vraiment trop qu'avant la découverte du Salvarsan on avait dans l'hygiène d'abord, puis dans le mercure, l'iodure et l'arsenic, des moyens excellents de traiter la syphilis. Le 606 n'est donc pas un médicament *urgent, nécessaire*, comme le chloroforme. Il ne faut pas croire et laisser dire que nous n'avons que deux alternatives : ou laisser mourir les syphilitiques sans traitement, ou leur donner du 606. Il s'agit de peser soigneusement, avec impartialité, et sans hâte, les avantages et les inconvénients du Salvarsan, et de préciser, ayant en main tous les éléments du litige, si ce médicament doit réellement être préféré aux anciennes méthodes, ou simplement annexé à notre arsenal thérapeutique.

En réalité, nous pensons que l'on n'est pas encore arrivé à propos de cet agent à une précision suffisante. Nous nous demandons si l'on ne devrait pas l'administrer à des doses différentes suivant les périodes de la maladie, suivant le but que l'on se propose d'atteindre : certes au début de l'affection il est théoriquement logique d'utiliser les doses massives pour essayer de la juguler ; mais dans les périodes secondaires et tertiaires ne devrait-on pas employer des doses plus modérées de façon à ménager les organismes autant qu'il est possible de le faire ?

Il nous faut maintenant examiner la valeur et l'importance réelle de certains accidents tardifs que l'on a tout d'abord désignés sous le nom de neurotropisme du 606 ou de neurorécidives. Nous ne parlerons pas de leur interprétation théorique, cela sortirait du cadre de cet article qui doit être essentiellement pratique. Leur histoire clinique nous paraît encore extrêmement obscure. C'est ainsi qu'après en avoir observé pendant un certain temps toute une série avec une fréquence impressionnante, nous avons cessé d'en constater chez nos malades d'hôpital.

D'après ce que nous avons vu, nous croyons qu'on doit diviser en

deux catégories les accidents qui se produisent du côté du système nerveux après l'administration du 606 :

a) Des accidents qui surviennent rapidement après l'injection, et qui, quelle que soit la théorie pathogénique que l'on adopte, tiennent à l'action directe du médicament sur le système nerveux (Réaction d'Herxheimer, crises nitritoïdes de Milian, etc...);

b) Des accidents tardifs que l'on observe plusieurs semaines ou plusieurs mois après les injections. Ce sont ces derniers dont nous voulons maintenant parler.

Est-il vrai, oui ou non, que ces accidents nerveux, quelle que soit leur nature, se produisent avec une fréquence plus grande chez les sujets traités par le 606 seul, ou par le 606 et le mercure, que chez ceux qui ne sont traités que par les vieilles médications ? Voici un premier point du plus haut intérêt, et qui est vivement discuté. Notre impression personnelle est que cette fréquence est plus grande, mais de très bons esprits nous ont affirmé que tel n'était pas leur avis. Il faut donc continuer à cet égard des recherches cliniques consciencieuses et impartiales.

Or ce point, comme nous venons de le dire, nous paraît être d'une importance absolument capitale. Si la plus grande fréquence de ces accidents chez les sujets traités par le 606 est prouvée, cela devient une contre-indication majeure à l'emploi de ce médicament dans la syphilis. Ce serait là, à notre sens, la véritable pierre d'achoppement de la méthode.

Il est incontestable qu'il y a un certain nombre de ces accidents tardifs qui disparaissent quand on injecte de nouveau du 606 : ils semblent donc être des manifestations syphilitiques qui frappent le système nerveux. S'il est prouvé qu'ils le font avec plus de fréquence lorsqu'on emploie le 606, que lorsqu'on se sert du mercure, cela constitue un argument de la plus haute gravité contre la nouvelle méthode. Ce serait la démonstration irréfutable de ce fait que nous soupçonnons sans en être encore convaincus, que le 606 détermine du côté du système nerveux une infériorité de résistance qui le rend plus apte à subir les attaques de la syphilis.

Les partisans du Salvarsan soutiennent qu'on ne peut imputer les accidents dont nous parlons à ce produit, puisqu'une nouvelle injection de ce médicament les fait disparaître. C'est raisonner d'une singulière façon. Une nouvelle injection de Salvarsan fait disparaître les accidents syphilitiques développés sur ce lieu de moindre résistance, c'est vrai, mais il n'en est pas moins certain, toujours en admettant démontrée la plus grande fréquence de ces accidents après l'emploi du 606, que ces accidents ne se sont développés sur le système nerveux que parce que sa force de résistance a été diminuée par le médicament employé, et il est plus que probable que les nouvelles doses utilisées pour

faire disparaître ces accidents spécifiques vont diminuer encore davantage la résistance de ce système nerveux.

Certes, comme, pendant ce temps-là, l'infection syphilitique s'épuise, comme la période des accidents secondaires possibles s'écoule, il est dans l'ordre que de nouveaux accidents syphilitiques secondaires ne se produisent plus sur ce système nerveux ultra-sensibilisé, mais comment ce système nerveux va-t-il dans l'avenir se comporter vis-à-vis des échéances terribles du tertiarisme et de la parasyphilis ? S'il en est ainsi, qui ne voit les graves conséquences que pourrait avoir cette hyporésistance de l'axe cérébro-spinal ? Le tabes et la paralysie générale ne vont-elles pas se développer plus facilement sur ces organismes ébranlés par l'arséno-benzol ?

Ce ne sont là que des hypothèses, nous nous hâtons de le dire, mais des hypothèses qui nous hantent, nous l'avouons humblement, et qui nous paralysent quelque peu. C'est que nous avons observé d'autres cas de ces accidents tardifs qui n'étaient certainement pas de nature syphilitique, mais d'ordre purement toxique, puisqu'ils ont guéri sans aucune médication, simplement par le repos complet au lit. Il semble donc bien que chez certains malades, heureusement fort rares, le Salvarsan puisse agir à assez longue échéance comme un toxique sur le système nerveux. Et c'est ici le cas de rappeler les recherches de M. le Dr Ravaut.

Le mercure lui aussi, employé à de trop fortes doses, peut exercer des effets détestables sur le système nerveux des syphilitiques. Nous en avons vu en clientèle des exemples incontestables. Nous ne pouvons oublier que nous avons surtout observé des neuro-récidives dans notre service quand nous avons essayé de donner à la fois à nos syphilitiques le 606 et des injections de cyanure de mercure. Nous avons l'impression, nous n'osons dire la conviction, que nous avons ainsi trop brutalement agi sur l'organisme et sur le système nerveux de nos malades. Depuis que nous n'employons que le Salvarsan à une même période de la cure il nous semble que ces accidents sont plus rares.

Est-ce à dire qu'ils ne s'observent, comme on a pu le soutenir, que lorsqu'on associe le mercure et le 606 ? Des faits irréfutables démontrent qu'ils peuvent se produire après des traitements par le seul Salvarsan, et de fort bons esprits ont même cru pouvoir affirmer qu'il suffisait pour ne pas en avoir d'associer le mercure au 606 ! !

Nous aurions pour notre part de la tendance à croire qu'ils sont dus à ce que des organismes peu résistants sont soumis à des médications trop intensives quelle que soit d'ailleurs cette médication : mais cette formule elle-même ne nous satisfait pas complètement, et nous restons sur la réserve.

Il résulte de tout ce qui précède que nous hésitons à suivre les yeux

fermés les partisans du traitement intensif et unique de la syphilis par le Salvarsan.

Toutes les questions que soulève l'introduction de ce nouveau médicament dans la thérapeutique ne sont pas résolues. Elles ne peuvent l'être que par une observation longue et minutieuse. Et tant qu'elles ne le seront pas chaque médecin agira, comme nous l'avons dit plus haut, selon son tempérament. Les audacieux, ne voyant que les beaux résultats immédiats donnés par le Salvarsan et le néosalvarsan, les emploieront exclusivemant et à fortes doses. Les timorés, dont je suis, continueront à étudier de près cette question si captivante et n'agiront qu'avec réserve et prudence, discutant la ligne de conduite à suivre pour chaque malade et agissant de différentes manières suivant le cas particulier.

Ces timorés se demandent en effet avec anxiété si l'on ne fait pas fausse route, si l'on ne se laisse pas entraîner par un mirage trompeur, si l'on ne poursuit pas trop brutalement, trop aveuglément, le microbe fatal à travers les fragiles tissus d'un organisme délicat, d'un organisme vivant, doué de multiples réactions, présentant toutes les idiosyncrasies de l'individu. Ils se demandent si nos médicaments donnés à des doses ultra-fortes pour arriver à détruire ce microbe et à faire disparaître des réactions de laboratoire, ne produisent pas sur les tissus des effets toxiques et ne brisent pas la résistance de cet organisme que nous devrions au contraire nous efforcer d'exalter.

Mais il ne faut pas exagérer ces craintes ; il ne faut pas se laisser aller à des impressions, et il ne faut prendre pour base de sa conduite que les faits.

Jusqu'ici, nous devons le reconnaître, la grande masse des faits observés est plutôt en faveur du Salvarsan. Cependant de temps en temps de cruels désastres viennent raviver toutes les craintes des timorés.

En somme nous croyons que nous aurions tort de perdre de vue le grand principe de clinique médicale qui domine la thérapeutique tout entière et qui est le suivant :

S'efforcer par tous les moyens possibles d'être obligé d'administrer un minimum de médicaments actifs à un malade pour le traiter. Nous oublions aussi un peu trop à l'heure actuelle en nous sentant en main des moyens médicamenteux d'une extrême efficacité pour combattre le microbe de la syphilis que nous avons dans l'hygiène bien comprise un moyen d'une incomparable puissance pour modifier la marche de cette affection.

D'antre part si, en cherchant à atteindre le tréponème, nous diminuons la force de résistance de l'organisme, nous faisons de la mauvaise besogne. Il ne s'agit donc pas uniquement de savoir si l'arsénobenzol est un agent plus ou moins tréponémicide : il s'agit aussi de savoir s'il n'est pas un toxique pour les cellules nobles de l'organisme,

ou mieux si les doses vigoureusement tréponémicides de cette substance ne sont pas nuisibles pour l'organisme humain.

S'il en était ainsi on pourrait encore l'employer à hautes doses dès le début de la syphilis, alors qu'il n'est pas illogique d'espérer une stérilisation complète de l'organisme, car théoriquement il est permis de se dire que la syphilis étant supprimée, il est relativement peu grave d'ébranler le système nerveux ; il y a en effet lieu d'espérer que, la syphilis n'existant plus, le tabes et la paralysie générale ne pourraient plus se produire.

Mais un raisonnement analogue n'est plus admissible quand il s'agit d'une syphilis secondaire, c'est-à-dire d'une infection générale déjà faite. Ici on ne peut être sûr de juguler la syphilis, et il n'est plus permis de diminuer la résistance du système nerveux.

On comprend maintenant avec quelle anxiété nous suivons les malades que nous traitons par le Salvarsan. Nous nous rassurons peu à peu à mesure que nous voyons se multiplier les statistiques heureuses, mais nous avouons bien franchement que nous aimons mieux que ce soient d'autres que nous qui commencent à traiter uniquement les syphilitiques par des séries successives d'injections de Salvarsan. Si l'avenir venait par malheur confirmer les appréhensions que nous venons d'exprimer, nous ne nous pardonnerions jamais d'avoir contribué à faire des ataxiques ou des paralytiques généraux, mais nous sommes ravis qu'il se trouve des audacieux pour instituer cette médication, et nous reconnaissons que c'est fort heureux qu'il y en ait, car il est fort possible que nos craintes soient complètement vaines, et il faut espérer pour le plus grand bien des malades qu'elles ne se réaliseront pas.

Provisoirement donc, et en attendant que l'avenir nous permette de suivre les partisans irréductibles du nouveau médicament, nous adoptons encore la méthode combinée que nos élèves et en particulier les Drs Fage, Fernet et Mlle Ettinger ont fait connaître dans leurs publications.

Il est certain que lorsqu'on associe le mercure au 606 on peut obtenir la guérison fort rapide des accidents syphilitiques visibles et la disparition de la réaction de Wassermann en n'employant que des doses relativement modérées du nouveau produit.

D'autre part nous avons vu plus haut que cette association quand elle est faite d'une manière trop intensive semble parfois provoquer des accidents du côté du système nerveux. De telle sorte qu'après avoir donné simultanément mercure et Salvarsan nous n'employons plus ces produits que successivement.

Certains syphiligraphes déclarent qu'il est illogique d'associer Salvarsan et mercure. « Pourquoi donner du mercure puisque le Salvarsan est plus efficace ? Pourquoi ne pas traiter uniquement par le Salvar-

san ? » Tout ce qui précède explique les raisons de notre ligne de conduite et nous n'allons pas reprendre l'exposé des motifs qui font que nous sommes encore parmi les timorés.

J'ajoute que j'ai beau tourner et retourner cette question sur toutes ses faces, je ne vois pas en quoi une association de deux médicaments comme le mercure et l'arsenic est illogique.

En 1900 et 1901 les recherches que nous avons faites dans notre service de l'hôpital Broca avec MM. Civatte et Fraisse nous ont permis de démontrer cliniquement que l'association de l'arsenic et du mercure permet d'obtenir avec rapidité la disparition d'accidents syphilitiques rebelles. De nombreux syphiligraphes allemands font, comme nous, alterner des séries de traitement par le Salvarsan et le mercure et ils s'en trouvent fort bien.

Nous nous sommes donc arrêtés à l'heure actuelle au traitement de la syphilis par la *méthode combinée* qui consiste à employer alternativement Salvarsan et mercure. Mais ce n'est là qu'un principe : il faut reconnaître que son application est difficile et qu'on ne peut encore formuler de règles fixes.

Essayons cependant de poser dès maintenant quelques jalons.

Premier cas. — Il s'agit d'un malade qui vient consulter avec un chancre syphilitique net mais au début de son évolution, sans aucune trace d'infection secondaire.

Il est bien entendu qu'on ne doit jamais injecter de Salvarsan à un individu porteur d'une ulcération suspecte avant d'être absolument sûr du diagnostic de syphilis. Ce diagnostic doit donc être solidement étayé sur des caractères cliniques tellement nets qu'il est impossible de douter, ou *sur la constatation bien et dûment faite, par des personnes compétentes et consciencieuses, de la présence de* VRAIS TRÉPONÈMES PALLIDES.

Dans ces conditions, — nous l'avons dit et répété nombre de fois, — nous ne croyons pas qu'on puisse hésiter. Il faut, immédiatement, employer les moyens les plus efficaces que nous ayons à notre disposition de combattre l'infection syphilitique, et cela avec le maximum d'énergie compatible avec la résistance de l'organisme.

Il faut donc employer le Salvarsan ou le néosalvarsan en injections intraveineuses à aussi hautes doses qu'on le peut étant donné le sujet. Nous avons dit plus haut quelles sont celles dont nous nous servons, et que la plupart des syphiligraphes actuels taxent de ridicules : nous n'osons pas aller plus loin. Mais nous comprenons fort bien que de plus audacieux utilisent dans ces conditions des doses de 60 centigrammes de Salvarsan ou de 90 centigrammes de néosalvarsan. On en fait 3 ou 4 à 5 ou 7 jours d'intervalle.

Tous les syphiligraphes ne sont pas cependant partisans de cette pratique, même parmi ceux qui se servent du Salvarsan. L'un d'eux,

dont nous admirons l'esprit scientifique et le sens clinique, commence par faire au malade de fortes injections hydrargyriques, puis quand il l'a en quelque sorte rapidement saturé de mercure, il lui injecte de fortes doses de Salvarsan. Nous avons suivi cette pratique dans quelques cas au début de nos recherches sur le Salvarsan. Nous avons aussi, comme nous l'avons dit plus haut, injecté simultanément mercure et Salvarsan. Nous avons enfin injecté du mercure à des malades immédiatement après la dernière injection de cette première série de Salvarsan. Quelle est celle de ces quatre méthodes qui doit être préférée ? Il nous est actuellement impossible de le dire. Mais nous avons exposé plus haut les raisons qui nous font provisoirement injecter l'arsénobenzol seul au début de la syphilis. Nous n'avons jamais vu d'ailleurs que l'emploi préalable du mercure ait, comme on l'a prétendu, favorisé la production d'accidents graves par le Salvarsan.

Et puis que faut-il faire ? Beaucoup de syphiligraphes font ensuite de temps en temps la réaction de Wassermann, et, si elle reste négative, ne font rien, si elle devient positive, reccommencent de nouvelles séries d'injections de Salvarsan.

Nous savons bien que chez un nombre assez considérable de sujets qui ont étés traités dès l'apparition du chancre par des doses suffisantes de Salvarsan on ne voit pas se produire d'accidents secondaires, et la réaction de Wassermann reste toujours négative. Il semble donc que l'on ait stérilisé chez eux le terrain et jugulé la syphilis. Des faits plus ou moins probants, fort discutés par les uns, admis comme évidents par les autres, de réinfection syphilitique chez des sujets ainsi traités, ont même été publiés par d'assez nombreux auteurs. Si l'on en admet la réalité, ils démontrent que la stérilisation de la syphilis a bien été obtenue chez ces sujets. Pourquoi donc vouloir continuer à leur faire absorber des médicaments inutiles et qui ne sont pas sans danger ?

Il est exact qu'il semble (nous disons *qu'il semble,* car les faits positifs et indiscutables ne sont pas encore assez nombreux pour entraîner définitivement la conviction, et en pareille matière l'évidence est nécessaire) que dans certains cas, en injectant dès le début du chancre de fortes doses de Salvarsan, ou des doses moyennes de Salvarsan associé au mercure, on obtienne une stérilisation du terrain telle que le sujet puisse reprendre une nouvelle syphilis.

Mais en admettant même que cela soit bien prouvé (ce qui en somme est encore discuté et peut-être discutable), est-on sûr qu'il en soit de même chez tous les sujets ainsi traités ? Ne sait-on pas que, même non traitée, chez des sujets jeunes, bien portants, suivant une bonne hygiène, la syphilis ne se manifeste parfois que par le chancre, qu'elle ne s'accompagne pas d'accidents secondaires visibles, ce qui ne l'empêche pas ultérieurement de provoquer chez le sujet en apparence aussi faiblement contaminé des échéances tertiaires désastreuses ? Et ces faits,

trop oubliés à l'heure actuelle, quoique relativement assez fréquents, devraient même, soit dit en passant, rendre un peu plus circonspects certains syphiligraphes quand ils discutent les effets des méthodes nouvelles.

Quel criterium avons-nous en ce moment pour savoir avec une *absolue certitude* si tel sujet qui a eu un chancre syphilitique est oui ou non bien et définitivement guéri de sa syphilis ? Certes, quand après avoir eu une réaction de Wassermann positive chez un sujet infecté de syphilis, on voit peu à peu cette réaction devenir négative après un traitement approprié et rester négative pendant de longs mois après cessation de tout traitement, on est dans une certaine mesure autorisé à croire à la guérison définitive de ce malade. Mais on ne peut encore, à l'heure actuelle, l'affirmer d'une *manière absolue* ni scientifiquement, ni pratiquement, car nous savons que la réaction de Wassermann après être restée assez longtemps négative, peut redevenir positive, et d'ailleurs une réaction de Wassermann négative n'est pas, dans l'état actuel de la science, une preuve *absolue* de la non-existence de la syphilis chez un sujet donné.

Nous devons donc déclarer bien haut qu'en ce moment encore il nous est absolument impossible de savoir d'une manière précise et scientifique si un syphilitique est oui ou non guéri de sa syphilis. Mais notre conviction est qu'on finira par trouver le moyen de le savoir et cette découverte sera certainement le plus grand progrès que l'on aura jamais fait pour le traitement de cette maladie et pour la solution des importants problèmes sociaux qu'elle soulève.

Concluons qu'en toute conscience nous sommes encore obligés de continuer à traiter pendant un temps relativement assez long les sujets atteints de syphilis chez lesquels nous avons pu dès le début de leur affection employer les méthodes dites abortives actuellement connues.

Mais alors à quoi sert-il donc d'injecter de fortes doses de Salvarsan dès le début, puisque l'on doit ultérieurement continuer à traiter le malade ? Cela sert à essayer de stériliser d'emblée la syphilis, et il est fort possible qu'on y arrive : il est fort possible que le traitement ultérieur dont nous venons de parler soit parfaitement inutile. Faut-il, parce que nos connaissances sont encore imparfaites, parce que nous ne savons pas encore dire avec certitude si un sujet qui n'a pas de symptômes appréciables est ou n'est pas syphilitique, faut-il que nous hésitions à lui donner cette chance de complète guérison ? En tous cas, même si l'on ne peut obtenir cette stérilisation, n'y a-t-il pas un intérêt majeur à agir avec un maximum de puissance sur l'infection syphilitique au moment où elle envahit l'organisme et à en prévenir ainsi dans la mesure du possible les désastreuses conséquences ultérieures ?

Cette pratique d'un traitement abortif intensif institué dès que le diagnostic est posé, aussi près qu'on le peut de la date de l'infection, pratique que nous avons préconisée d'ailleurs depuis de bien longues

années et pour le succès de laquelle nous sommes heureux de posséder maintenant le Salvarsan, nous paraît donc à l'abri de toute objection sérieuse. Mais nous avons le regret d'ajouter qu'elle ne nous paraît pas encore donner toutes les garanties désirables, et qu'il faut continuer à soigner ces malades ou tout au moins les tenir en observation étroite et minutieuse.

Comment donc alors convient-il de les traiter ? Il est fort probable que dans l'immense majorité de ces cas la syphilis, si elle existe encore, est extrêmement atténuée, et dès lors il est permis d'espérer que si le malade veut bien se conformer à des mesures rigoureuses d'hygiène, s'il consent à avoir une existence régulière, à ne pas se surmener, à s'abstenir d'alcool et de tabac, il suffira de doses relativement assez faibles de médicaments.

D'autre part, bien que la réaction de Wassermann ne puisse encore être considérée comme un criterium absolu permettant de déceler l'existence de la syphilis, il faut néanmoins reconnaître que c'est un moyen de diagnostic et d'appréciation de l'état réel du malade qui a la plus grande valeur, et il convient de s'en servir de temps en temps pendant tout le cours de la médication pour avoir un élément de plus qui permette de mieux préciser ce qu'il importe de faire.

Voici donc ce que nous conseillons pour le moment.

Trois ou quatre semaines environ après la dernière injection de Salvarsan on commence à donner un traitement hydrargyrique modéré pendant toute la première année. Cela veut dire que tous les mois pendant cette première année on fait dix injections de benzoate d'hydrargyre ou de biiodure d'hydrargyre à des doses qui varient suivant le poids des sujets et suivant leur tolérance de sept milligrammes à quinze milligrammes de sel par jour. Quand on ne peut faire ces injections, on les remplace ou bien par douze frictions par mois faites chaque soir avec de trois à six grammes d'onguent napolitain fraîchement préparé, ou bien on donne pendant quinze jours par mois à chaque repas dans du lait chaque fois de cinq à dix grammes, c'est-à-dire de quinze à trente grammes par jour, de liqueur de van Swieten ou d'une solution de lactate d'hydrargyre au millième d'après la pratique de M. le Pr E. Gaucher.

Il est entendu que tous les trois mois on fait une réaction de Wassermann ; or si, pendant cette première année, il apparaît un accident syphilitique quelconque, ou si le Wassermann, *bien et dûment vérifié,* devient nettement positif, on doit instituer immédiatement le traitement complet de la syphilis.

Pendant la deuxième année nous croyons qu'il ne faudrait faire le traitement que nous venons d'indiquer que tous les deux mois. Pendant la troisième année que tous les quatre mois, toujours en faisant une réaction de Wassermann tous les 3 ou 4 mois. Or si à la fin de la troisième année on n'a vu se produire aucun accident syphilitique, si la

réaction de Wassermann est toujours restée négative, nous pensons qu'on peut suspendre tout traitement. Il sera prudent de faire encore une réaction de Wassermann au milieu et à la fin de la quatrième année; puis, si elle est toujours négative, on pourra pratiquement considérer le malade comme guéri. Mais il est bien entendu que si, à un moment quelconque de cette évolution, la réaction de Wassermann devient positive, on doit instituer tout de suite le traitement complet de la syphilis.

Deuxième cas. — Il s'agit d'un malade qui est en pleine infection syphilitique secondaire.

Il est bien établi à l'heure actuelle qu'il y a des cas de cet ordre dans lesquels il ne faut pas hésiter à employer le Salvarsan ou le néosalvarsan. Il est indiqué de recourir immédiatement à ces substances lorsque le malade réagit mal au mercure et à l'iodure de potassium, lorsqu'il est atteint de syphilides secondaires graves, du type dit syphilides malignes précoces, lorsqu'il présente des accidents érosifs considérables qui sont un danger permanent pour son entourage. Il n'est pas rare de voir des manifestations de cet ordre résister au mercure et même s'aggraver pendant son administration. Certes elles sont peu fréquentes chez les sujets bien portants, qui ont une bonne hygiène, mais les débilités, les alcooliques, les grands fumeurs, les personnes qui vivent dans la saleté en sont assez souvent atteints.

Avant l'introduction du Salvarsan dans la thérapeutique, quand les toniques, l'hydrargyre, les soins minutieux de propreté n'avaient aucune action, on cessait le mercure, on donnait du sirop iodo-tanique, de l'iodure de fer, du quinquina, de l'arsenic, on envoyait le malade à la campagne, aux eaux minérales sulfureuses quand c'était possible; presque toujours on le voyait assez rapidement retrouver des forces, et ses accidents disparaissaient peu à peu. L'arsenic en particulier réussissait dans beaucoup de cas à donner des guérisons relativement rapides chez des sujets saturés de mercure et chez lesquels ce dernier médicament semblait plutôt aggraver les lésions.

On ne peut donc pas dire que nous fussions complètement désarmés dans ces cas qui étaient d'ailleurs le triomphe des médications toniques, du grand air, et surtout d'Aix-la-Chapelle, d'Uriage, de Luchon, de la Bourboule, etc..., mais il faut proclamer bien haut que nous avons maintenant dans le Salvarsan un médicament *réellement merveilleux* pour faire disparaître avec une impressionnante rapidité des accidents contagieux secondaires rebelles, des ulcérations malignes de la peau et des muqueuses qui résistent au mercure. Tous ceux qui ont employé le Salvarsan ont vu de ces effets véritablement stupéfiants : faisons toutefois remarquer que la rapidité de la guérison est surtout remarquable lorsque les sujets ont déjà absorbé du mercure; on institue alors chez eux en réalité cette médication combinée dont nous nous servons depuis longtemps.

Cela est bien net et hors de toute discussion, mais ce qui l'est moins ce sont les propositions suivantes :

a) Est-il indispensable *de donner du Salvarsan à tous les syphilitiques secondaires ?*

b) Est-il utile *de leur en donner ? Est-il* préférable *de le faire ?*

a) Il n'est certes pas *indispensable* de donner du Salvarsan à tous les syphilitiques secondaires. Tout le monde sait qu'avant la découverte de ce nouveau produit on soignait fort bien la syphilis par l'hygiène, par le mercure et l'iodure de potassium. « De toutes les maladies connues, disait-on à cette époque, celle dont le traitement est le plus efficace, le mieux réglé, c'est certainement la syphilis. » Voilà ce qu'on ne devrait pas perdre de vue. En ce moment encore nombre de bons esprits aiment mieux continuer à traiter les syphilitiques secondaires par les anciens procédés. Il n'est donc pas à l'heure actuelle absolument indiqué, *absolument nécessaire*, de traiter tous les syphilitiques par le Salvarsan.

Il y a même une catégorie de sujets qu'il vaut mieux ne pas traiter par ce procédé : ce sont ceux qui présentent les contre-indications signalées par Ehrlich et par ses collaborateurs. Certes je sais bien que certains syphiligraphes ont beaucoup restreint ces contre-indications, mais il me semble que dans l'état actuel de la question, alors que l'on a de plus en plus de tendance à faire peser sur le médecin de lourdes responsabilités, il est infiniment plus prudent de s'en tenir au programme tracé par le créateur de la méthode.

b) Mais est-il *utile*, abstraction faite de ceux qui présentent les contre-indications précédentes, de traiter tous les autres syphilitiques par le Salvarsan ? Cette question me paraît des plus difficiles à résoudre en ce moment. Personnellement, d'après tout ce que j'ai vu et tout ce que j'ai lu, j'aurais de la tendance à croire qu'il y a un certain avantage à faire au moins une série d'injections de Salvarsan : 1° à tout syphilitique secondaire qui n'a pas encore été traité ; 2° à tout syphilitique secondaire qui, ayant été traité par le mercure, présente encore des accidents ; 3° à tout syphilitique secondaire qui, bien qu'ayant déjà été traité par le Salvarsan, puis par le mercure, voit survenir encore des accidents syphilitiques rebelles, ou récidivants.

Quant aux syphilitiques secondaires qui se portent parfaitement bien, qui n'ont aucun accident visible, faut-il leur faire du Salvarsan ? S'ils ont un Wassermann négatif, nous ne voyons vraiment pas du tout l'indication chez eux d'un pareil traitement ; s'ils ont un Wassermann positif, c'est beaucoup plus discutable, et je crois que chaque médecin en présence d'un cas pareil doit agir suivant son tempérament. Pour ma part j'aurais plutôt de la tendance à ne pas donner de Salvarsan dans ce cas, parce que je ne suis pas convaincu, comme je l'ai dit plus haut, de l'absolue innocuité de ce produit.

Ce qui précède montre que je ne puis encore me résoudre à ne traiter les syphilitiques secondaires que par le Salvarsan. Je le dis sans honte aucune : j'ai peur. Je crains d'administrer à un sujet de trop fortes doses de Salvarsan de peur de me trouver en présence d'une de ces idiosyncrasies, fort rares, c'est vrai, mais réelles cependant, qui font avoir une catastrophe. Je crains de provoquer des désordres viscéraux et surtout nerveux par un usage trop répété et trop longtemps prolongé de composés d'une pareille puissance.

Je l'ai dit plus haut : j'admire et j'envie ceux de mes collègues qui le font. Je souhaite vivement qu'ils aient raison de le faire. Mais je ne pourrai les imiter que lorsque je serai absolument sûr de l'innocuité parfaite à longue échéance de ces nouveaux composés arsenicaux.

En attendant j'estime qu'il faut s'en servir toutes les fois qu'il est vraiment indiqué de le faire, et demander au mercure et à l'iodure de compléter le traitement de la syphilis.

Cela revient à dire que, lorsque, après mûr examen du malade, je me suis décidé à lui conseiller l'emploi du Salvarsan, après lui avoir fait, suivant les cas, une série de 3 ou 4 injections intra-veineuses de ce produit, je lui recommande de suivre l'ancien traitement de la syphilis par le mercure, comme s'il n'avait pas eu de Salvarsan. Si pendant le cours de ce traitement il survient des accidents syphilitiques importants ou rebelles, je conseille de refaire une nouvelle série d'injections de Salvarsan.

En procédant de cette manière je fais courir au malade un minimum de risques, si tant est qu'il y en ait à employer le Salvarsan, et je le fais cependant profiter dans une certaine mesure de la nouvelle médication.

Certes cette méthode manque d'élégance ; elle n'a pas la netteté de geste du traitement par le Salvarsan seul. Espérons que dans quelques années nous pourrons sans aucune arrière-pensée nous servir exclusivement de ce produit.

Troisième cas. — Il s'agit d'un malade atteint d'accidents tertiaires.

A. *Il s'agit d'accidents syphilitiques tertiaires cutanés d'ordre banal ;*

B. *Il s'agit d'accidents destructifs des plus graves ;*

C. *Il s'agit d'accidents viscéraux ;*

D. *Il s'agit de tabes ou de paralysie générale.*

A. — Les accidents tertiaires cutanés ou muqueux guérissent d'ordinaire avec une remarquable facilité sous l'action du traitement ancien dit mixte consistant en frictions hydrargyriques et en iodure de potassium à l'intérieur.

Quand on ne veut pas faire de frictions hydrargyriques on peut les remplacer par des injections de composés solubles, ou par l'administration par la bouche de solutions de bichlorure, de lactate ou de biiodure d'hydrargyre.

Quand il s'agit d'accidents syphilitiques tertiaires dits rebelles tels que le syphilome scléreux de la langue et de la bouche, tels que les syphilides tertiaires palmaires et plantaires, nous possédons dans les injections de calomel un moyen de la plus grande efficacité pour les faire disparaître et pour obtenir une guérison persistante.

Il ne peut donc être question dans tous ces cas d'être *obligé* d'employer le Salvarsan. Les anciens procédés sont très suffisants pour blanchir le malade. Mais y *a-t-il avantage* à employer le Salvarsan ? Nous pensons qu'à l'heure actuelle avec ce que nous savons de l'action du Salvarsan dans la période tertiaire de la syphilis il n'y a pas un avantage réel à employer le Salvarsan plutôt que les anciennes médications dans la plupart des accidents tertiaires cutanés et muqueux, mais on peut fort bien l'utiliser, et nous ne voyons pas à cela d'autres contre-indications que celles que nous avons déjà formulées. Il nous semble que, lorsqu'on a affaire à un client intelligent, on doit le mettre au courant de la question, s'il ne l'est déjà, et employer la médication qu'il préfère.

S'il s'agit au contraire d'accidents syphilitiques tertiaires rebelles, comme le syphilome en nappe de la cavité buccale, ou les syphilides psoriasiformes plantaires ou palmaires, nous pensons qu'il y a un réel avantage à employer le Salvarsan quand il n'est pas contre-indiqué, ou bien à employer la méthode combinée qui, dans l'espèce, doit consister en ceci : donner tout d'abord mercure et iodure de potassium, et, si les résultats se font quelque peu attendre, recourir au Salvarsan.

B. — *Il s'agit d'accidents syphilitiques destructifs des plus graves.*

Quand ces accidents siègent aux muqueuses, en particulier au pharynx, nous pensons qu'*il faut d'emblée recourir au Salvarsan.* Les effets de ce médicament dans la majorité de ces cas sont absolument merveilleux de rapidité et d'efficacité. Ils sont d'ailleurs trop connus pour que nous y insistions.

Quand ils ne siègent pas aux muqueuses nous croyons qu'il a *intérêt à employer le Salvarsan.* Cependant on pourrait aussi alors sans encourir de responsabilités employer la méthode combinée dont nous venons de parler.

C. — *Il s'agit d'accidents viscéraux.*

Si ces accidents viscéraux ne coïncident pas avec une des contre-indications bien établies du Salvarsan on *peut* recourir à ce médicament.

Si ces accidents viscéraux ont déjà été traités sans grands résultats par le mercure et l'iodure de potassium il *faut,* avec grande surveillance, employer le Salvarsan.

D. — *Il s'agit de tabes et de paralysie générale.*

J'avoue très humblement que je n'ai pu encore me faire une opinion sur ces deux points. Je me permettrai seulement de faire remarquer que lorsqu'il s'agit d'affections aussi capricieuses, aussi longues d'é-

volution, aussi sujettes à des arrêts et à des régressions spontanées en apparence inexplicables, il faut être fort prudent dans ses appréciations thérapeutiques.

Je rappellerai ici encore une fois qu'il y a des peuples rongés par la syphilis, qui ne se soignent ni par le mercure, ni par l'arsenic, et chez lesquels le tabes et la paralysie générale sont pour ainsi dire inconnus. Il est vrai qu'ils ne vivent pas dans l'agitation et dans le surmenage qui sont l'apanage des nations dites civilisées. En tous cas ces exemples qu'on néglige un peu trop semblent montrer que les médications tréponémicides ne jouent peut-être pas le rôle le plus important dans la prophylaxie du tabes et de la paralysie générale. Il serait même utile de rechercher si, dans une certaine mesure, quand elles sont mal maniées, elles ne peuvent pas favoriser le développement de ces affections.

Quatrième cas. — Il s'agit d'un syphilitique ancien, qui depuis fort longtemps n'a pas eu d'accidents syphilitiques, qui ne présente aucun phénomène morbide, mais chez lequel on trouve un Wassermann positif.

Depuis que la réaction de Wassermann est entrée dans la pratique courante nous sommes consultés assez fréquemment par des malades qui se trouvent dans le cas ci-dessus mentionné. Pour une raison ou pour une autre, le sujet, fort tranquille jusque-là, fait faire « l'examen de son sang », et le résultat positif éclate comme un coup de foudre dans son existence. Très ému, il court chez un spécialiste.

Que convient-il de lui conseiller ?

Il faut encore ici distinguer plusieurs cas — et tout d'abord précisons bien ce premier point, qu'il s'agit d'un syphilitique ancien, ayant eu la syphilis depuis 10 ans au moins, et bien portant.

A. — *Le malade veut se marier ;*

B. — *Le malade déjà marié veut avoir un enfant ;*

C. — *Le malade ne veut pas se marier et ne veut pas avoir d'enfant.*

A. — Si le malade veut se marier, il vaut mieux lui faire subir un traitement antisyphilitique. Mais ce traitement ne doit pas être nécessairement un traitement par le Salvarsan. Il ne nous paraît pas encore établi que ce médicament soit dans ces cas préférable au mercure. bien que ce soit fort possible ; on ne peut conclure à sa supériorité que par analogie avec ce qui passe dans les autres périodes de la syphilis. Des recherches nouvelles me paraissent nécessaires pour préciser ce point particulier.

Pour le moment donc on agira comme on l'entendra au point de vue du choix de la médication. Mais nous pensons qu'il est vraiment plus prudent au point de vue de l'avenir de sa race de traiter le sujet.

Dans quelles proportions convient-il de le faire ? Ici commencent les difficultés.

Les théoriciens actuels déclarent qu'il faut le traiter jusqu'à dispari-

tion complète de la réaction de Wassermann. Cela paraît logique au premier abord, mais quand on va au fond des choses on s'aperçoit que cette formule est bien décevante. Il est parfois difficile à la période tertiaire de rendre un Wassermann négatif, et, quand on y est arrivé, si l'on cesse la médication, le Wassermann peut redevenir positif au bout d'un laps de temps plus ou moins long. Que fera-t-on dans ces cas? Logiquement il faudrait interdire tout mariage à ces malheureux. Il est évident que ce serait plus sûr. Mais est-on autorisé à le faire? L'existence d'une réaction de Wassermann positive chez un syphilitique ancien parfaitement bien portant d'ailleurs prouve-t-elle d'une manière certaine que ce syphilitique est dangereux pour sa femme et doit procréer des hérédo-syphilitiques ou tout au moins des tarés? Nous ne le pensons pas, car nous avons trouvé des réactions de Wassermann très nettement positives chez des sujets mariés qui avaient eu la syphilis avant leur mariage et dont les enfants étaient sains et parfaitement bien constitués.

On le voit : le problème soulevé nous paraît à l'heure actuelle tout à fait insoluble. En attendant, nous ne pouvons porter qu'un jugement provisoire en nous appuyant sur les données anciennes de la clinique. Il nous semble que nous ne sommes pas autorisés à interdire d'une manière formelle le mariage à ces anciens syphilitiques. Nous devons exiger d'eux un traitement sérieux, soit trois mois de traitement mercuriel ordinaire comprenant de 12 à 15 injections solubles par mois aux doses tolérées, soit une série d'injections intraveineuses de Salvarsan. Si après cette médication le Wassermann est devenu négatif, on mettra le malade en observation. Au bout de deux mois on refera un Wassermann, s'il est encore négatif, on lui permettra le mariage après une nouvelle série de traitement analogue à la précédente. Si le Wassermann est positif après la première série de traitement, on recommence une nouvelle série et ainsi de suite, sauf intolérance, avec des intervalles de repos d'environ un mois et demi à deux mois pendant deux ans si c'est nécessaire. Au bout de deux ans de cette médication on permettra le mariage.

B. — *Le malade déjà marié veut avoir un enfant.*

Si le malade n'a pas encore eu d'enfants nous sommes dans les mêmes conditions qu'en A. Il serait prudent toutefois de faire faire la réaction de Wassermann chez la femme, et, si cette réaction était positive, d'instituer chez elle un traitement antisyphilitique avant de permettre une grossesse.

Si le malade a déjà eu un enfant bien portant sans aucune espèce de traitement antisyphilitique, la nécessité d'une médication nous paraît discutable, et cependant nous serions d'avis d'en instituer une d'après les règles ci-dessus indiquées pour A afin de n'avoir rien à se reprocher et de donner toute sécurité aux parents.

Ce traitement devient une nécessité absolue si le malade a déjà eu un enfant hérédo-syphilitique ou si sa femme a eu des fausses couches. Et dans ce cas je conseillerai de faire tout d'abord une série de Salvarsan, puis ou bien d'autres séries de Salvarsan, ou bien des séries de traitement hydrargyrique jusqu'à ce que la réaction de Wassermann soit franchement négative, et, si elle ne le devient pas, je poursuivrais ces traitements pendant deux années au moins avant d'autoriser le malade à avoir un enfant. Il est inutile d'ajouter qu'il faudrait aussi traiter la femme. Si elle présentait un Wassermann positif et si elle n'avait jamais été traitée antérieurement le cas deviendrait encore plus sérieux, et il serait prudent de lui faire suivre un traitement régulier et complet de syphilis avant de lui permettre une nouvelle grossesse.

C. — *Le malade ne veut pas se marier et ne veut pas avoir d'enfant.*

La nécessité d'un traitement antisyphilitique et surtout d'un traitement antisyphilitique intensif nous paraît dans ces cas fort discutable. En somme la question revient à celle-ci : Faut-il toujours, dans tous les cas, traiter un ancien syphilitique dès que le Wassermann devient positif chez lui, et faut-il continuer à le traiter toujours jusqu'à ce que son Wassermann soit négatif ?

Théoriquement cela paraît logique. Mais pratiquement le bien fondé d'une semblable pratique est-il bien établi ? Nous n'hésitons pas à répondre que non. Nous avons vu à cet égard depuis que l'on fait la réaction de Wassermann en ville sur une grande échelle des faits véritablement lamentables. Dans ces dernières années nous avons été assez souvent consultés par d'anciens clients à nous que nous avions autrefois traités pour la syphilis et qui depuis longtemps vivaient en bonne santé dans la plus parfaite quiétude. Un beau jour, soit à propos d'une consultation banale chez un médecin pour une douleur, pour un malaise quelconque, pour une chute de cheveux, etc..., soit à la suite d'une conversation avec un ami, on fait faire la réaction de Wassermann : elle est fortement positive, et l'on effraie le malade en lui parlant d'imminence d'accidents des plus graves : on lui prescrit un traitement intensif par le Salvarsan ou par des injections mercurielles. Le malheureux est affolé par la perspective de la syphilis cérébrale, du tabes, de la paralysie générale ; il perd tout repos ; il subit les médications perturbatrices, et le plus souvent il devient réellement malade par suite de ses angoisses et des intoxications médicamenteuses auxquelles il est soumis parfois sans répit, car dans certains de ces cas, comme nous l'avons dit plus haut, la réaction de Wassermann continue à rester positive, ou redevient positive dès que la médication est suspendue.

Que faire dans ces cas ?

Tout d'abord rassurer le malade, au lieu de l'effrayer, puis tâcher de

lui expliquer en termes aussi clairs que possibles quelle est, à l'heure actuelle, la vraie signification d'une réaction de Wassermann positive, l'examiner ensuite bien à fond pour voir si du côté de ses viscères, de son système nerveux, de ses artères il n'offre rien de suspect.

Si l'on trouve chez lui un symptôme quelque minime qu'il soit qui puisse être rapporté à une syphilis encore en activité, il convient de le traiter assez vigoureusement tout en surveillant sa force de résistance à la médication, et on choisira pour cela la méthode qui paraîtra le mieux appropriée à son âge, à l'état de ses organes, et aux symptômes que l'on aura relevés.

Si l'on ne trouve chez lui aucune trace clinique de syphilis, on le rassurera, on lui affirmera qu'il ne présente pratiquement rien de suspect, mais on lui exposera que l'étude de la syphilis a fait beaucoup de progrès depuis quelques années, que l'on a trouvé des méthodes qui permettent de découvrir les traces les plus minimes de cette infection, que bien que les traces infimes qui existent chez lui ne présentent aucun danger pour le moment, il serait néanmoins plus prudent pour lui de subir pendant quelque temps un petit traitement préventif. Certes on peut à la rigueur lui injecter du Salvarsan, mais ce n'est nullement nécessaire, et dans la majorité des cas nous conseillons de faire le premier mois 10 injections de benzoate ou de biiodure aux doses quotidiennes moyennes de 7 à 15 milligrammes de sel, le deuxième mois de prendre pendant 10 à 15 jours suivant la tolérance deux grammes d'iodure de potassium par jour, le troisième mois de ne rien faire, le quatrième mois on recommence cette série.

Le septième mois on fait la réaction de Wassermann, et si elle est négative on suspend tout traitement. Si elle est positive on recommence une troisième série de traitement et ainsi de suite.

Mais si au bout d'un an le Wassermann continue à être positif nous croyons quand même qu'il suffit de faire chaque année deux séries du traitement modéré que nous venons d'indiquer.

Tous ces points fort délicats de pratique demandent à être fixés par une longue expérience clinique, et toutes les règles que nous venons d'ébaucher ne peuvent être que provisoires.

En terminant nous nous permettrons de répéter encore une fois que la question du traitement de la syphilis par le Salvarsan n'en est qu'à la période d'étude. On ne saurait pour le moment poser de conclusions fermes, et il faudra de longues années d'observation patiente et minutieuse pour fixer les indications, les doses et le mode d'emploi de ce nouveau médicament dans les divers stades de la syphilis acquise et héréditaire.

ÉTUDE DES LYMPHODERMIES ET DES MYÉLODERMIES (MANIFESTATIONS CUTANÉES DES ÉTATS LEUCÉMIQUES ET ALEUCÉMIQUES) (1)

Par **A. Nanta**, ancien interne des Hôpitaux.
(Travail de la Clinique de l'Université de Toulouse [Pr Audry].)
(avec trois figures dans le texte)

Deuxième partie (2).

Nous avons réuni dans la même description clinique les manifestations cutanées d'une série d'affections voisines les unes des autres (leucémie lymphatique, leucémie myéloïde, lymphosarcome etc...) et constituant un seul groupe de maladies du système hémato-poiétique. Le groupement que nous avons fait est justifié par cette raison que, malgré de nombreuses différences anatomiques et cliniques, ces affections offrent des caractères communs, et que surtout les manifestations cutanées qu'elles provoquent sont identiques les unes aux autres. On peut s'en rendre compte en se reportant aux exemples suivants (dont quelques-uns ne figurent pas dans notre tableau général).

1° *Tumeurs* : Leucémie myéloïde (Bruusgaard); Leucémie lymphatique (Fimmen) ; Leucémie aiguë myéloïde (Rolleston et Fox) ; lymphatique (Bosellini) ; Chlorolymphosarcome (Hitschmann) ; Chloromyélome (Jacobaeus).

2° *Erythrodermies* : Leucémie myéloïde (Burkhardt) ; Leucémie lymphatique (Nicolau) ; Leucémie aiguë (Rodler Zipkin, Aguinet et Ribadeau-Dumas) ; Myélomatose multiple (Spiethoff).

3° *Leucémides* : Leucémie myéloïde (Nékam); Leucémie lymphatique (Ehrmann, Copelli, Oppenheim) ; Leucémie aiguë (Schultze) ; Myélomatose multiple (Bloch), etc.

Il était donc indiqué, pour faire œuvre de dermatologiste, de faire abstraction des données viscérales, tant anatomiques que cliniques.

I

Histologie.

Mais ici, en abordant le chapitre d'histologie, nous sommes dans

(1) Nous remercions ici nos maîtres MM. les Professeurs Herrmann et Audry des excellents conseils qu'ils ont bien voulu nous donner pour la rédaction de ce travail.
(2) Voir la première partie dans les numéros d'octobre et novembre.

l'obligation de revenir aux divisions que l'hématologie a établies. Notre tâche n'en devient que plus difficile, car il s'agit de faire entrer dans la description de lésions cutanées proprement dites celle de lésions lymphomateuses et myélomateuses. Comme il existe d'autre part des dermopathies dépourvues de signature histologique (leucémides), nous avons à envisager séparément :

a) les lésions des lymphodermies ;
b) les lésions des myélodermies ;
c) les lésions des leucémides.

Le premier groupe comprend les formes histologiques des lymphomatoses typiques, et celles du lymphosarcome (lymphocytome de Ménétrier) ; le second celles des myélomatoses typiques, et celles du myélosarcome (myélocytome de Ménétrier).

On peut à priori supposer que les foyers cutanés sont identiques aux foyers viscéraux contemporains. Sans doute, en raison des dispositions particulières du tissu conjonctif de la peau, l'aspect de ces foyers doit subir quelques modifications, mais non leur structure. Nous commencerons par décrire ces lésions considérées en elles-mêmes ; nous verrons ensuite dans quelle mesure celles qui siègent dans la peau peuvent revêtir une physionomie spéciale.

1° *Lymphomatoses.* — Nous appellerons du nom de *iymphome* la lésion anatomique du processus lymphomateux, bien que le terme généralement employé soit celui de lymphadénome.

Ce lymphome est donc composé de lymphocytes disposés dans un réticulum conjonctif. Ces lymphocytes sont habituellement semblables à ceux du sang circulant, ils sont très légèrement métatypiques (noyau un peu plus clair, élément plus volumineux). Ils se présentent encore sous l'aspect d'éléments plus jeunes à grand diamètre, à protoplasma relativement abondant (lymphoblastes), analogues à ceux qu'on rencontre dans les centres germinatifs ; on trouve enfin des éléments identiques au grand lymphocyte d'Ehrlich, ou macrolymphocyte, à noyau très clair, rond, moins basophile que le protoplasma.

Ces éléments sont groupés dans les mailles d'un réseau délicat formé de fibres conjonctives déliées et de quelques rares cellules étoilées à noyau clair. Le tissu de soutien s'appuie lui-même sur les parois des vaisseaux.

Le lymphome peut rester miliaire, composé d'un amas de lymphocytes au voisinage de quelque vaisseau, ou former les vastes nappes uniformes qui constituent de vraies tumeurs.

Les figures de karyokinèse sont rares.

Le lymphome est parfois composé uniquement de grands lymphocytes : il est alors caractéristique de la leucémie aiguë.

Ces lymphomes font presque toujours figure de tumeur bénigne, non cancéreuse ; ils se disséminent volontiers car la migration est une des

propriétés de la cellule blanche du sang, mais ils n'ont pas tendance à l'envahissement ni à la destruction régionale. Cependant il est des cas où les lésions des lymphomatoses typiques prennent un caractère de prolifération maligne (Fabian) (1). Ces cas constituent sans doute des faits de passage vers le lymphosarcome.

2° *Lymphosarcome* (Lymphocytome de Ménétrier). — Il représente un processus malin par rapport au précédent. Les cellules sont plus ou moins atypiques. On reconnaît que ce sont des éléments de la série lymphatique, mais leur taille est inégale, et leur forme irrégulière.

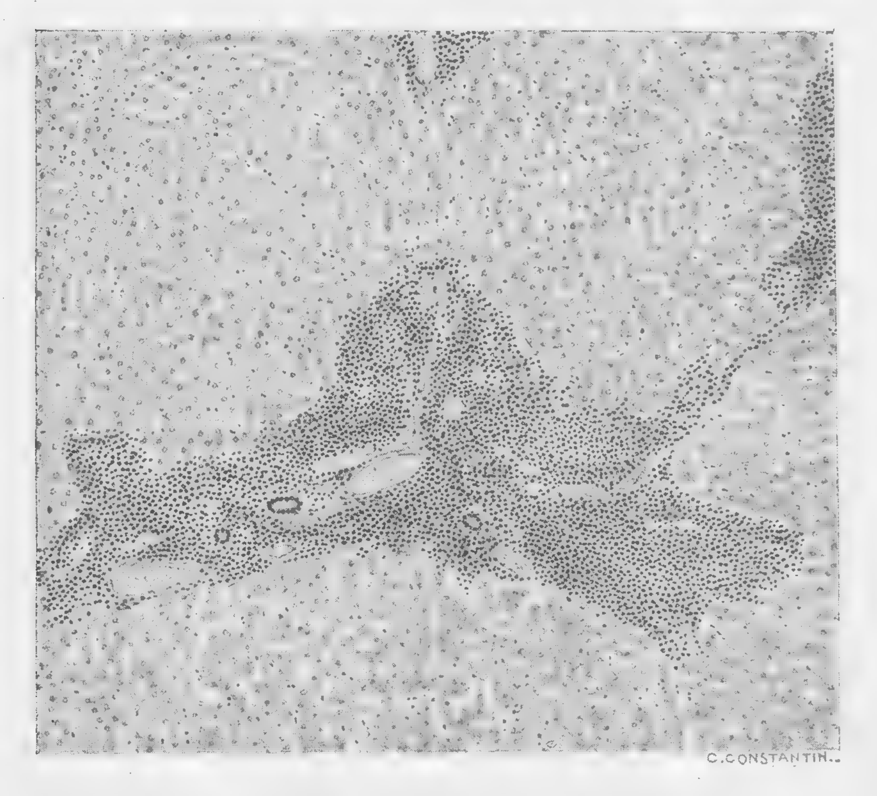


Fig. 1. — Lymphome hépatique. Grossissement 80/1.

Le réticulum est encore moins typique, formé de grosses travées scléreuses, parfois riches en cellules conjonctives. On voit quelquefois des éléments à type néoplasique, sarcomateux, multinucléés même. On trouve enfin des cellules d'infiltration diverses : leucocytes neutrophiles, plasmazellen, éosinophiles, etc.

A côté de ce lymphocytome, typique encore, Ménétrier place le lymphocytome atypique (ou sarcome à cellules dissociées) : il n'existe plus

(1) Ueber die diffus infiltrierende Form der Leukaemie, *Zieglers Beitrage*, 10 août 1912, Bd. 53, Heft 3, p. 491.

de réticulum ; les cellules offrent les signes d'une prolifération active, certaines sont multinucléées. La plupart des éléments ont un noyau rond, riche en chromatine, et un protoplasma peu abondant.

3° *Myélomatoses.* — On peut appeler *myélome* la lésion caractéristique de ce processus.

Les amas myéloïdes sont composés de leucocytes divers, de myélocytes éosinophiles, neutrophiles et basophiles, de myéloblastes de taille diverse et dont certains sont identiques au grand lymphocyte, de globules rouges nucléés et non nucléés, de mégacaryocytes, etc... Les figures de karyokinèse sont nombreuses ; les grands mononucléaires se rencontrent aussi, ainsi que quelques cellules conjonctives de soutènement, et des plasmazellen.

4° *Myélosarcome (Myélocytome).* — Les cellules sont rondes ou ovoïdes, et présentent, sauf les granulations, l'aspect des myélocytes ; on trouve aussi des plasmazellen, des formes de dégénérescence et des figures de karyokinèse. Ce sont des tumeurs malignes (Cf. Hirschfeld, Folia Haematologica, 1910, p. 1-37).

De toutes ces lésions les plus communes (et les mieux connues) sont celles des lymphomatoses. Aussi insisterons-nous particulièrement sur leur description, en recherchant comment elles se comportent dans le tissu cutané, et comment elles y constituent les divers types d'altérations signalés plus haut.

II

Les lymphomes peuvent rester miliaires, isolés ; ils forment alors les petites papules, les petites infiltrations sous-jacentes aux vésicules de certaines leucémides. On les rencontre parfois aussi dans la profondeur de certaines papules de prurigo (Dubreuilh). Mais en général ils siègent dans le corps papillaire même.

C'est ainsi que Schultze, au-dessous des vésicules apparues dans un cas de leucémie aiguë, décrit une infiltration de grands lymphocytes sous l'épiderme.

En confluant, ces lymphomes miliaires forment des traînées, des réseaux étendus en surface, ou bien des nodules plus ou moins volumineux, quelquefois des tumeurs énormes, ou des plaques épaisses d'infiltration diffuse.

Dans l'érythrodermie, on trouve ainsi des nappes et des traînées de lymphocytes au-dessous du corps papillaire et dans la couche moyenne de la peau. Le corps papillaire lui-même est modérément infiltré, surtout œdématié, et congestionné.

Les tumeurs sont formées d'amas plus ou moins considérables situés dans l'épaisseur du derme, et quelquefois dans l'hypoderme, respectant complètement le corps papillaire.

Ces grandes infiltrations de l'érythrodermie et ces tumeurs se comportent de la même manière.

Les éléments infiltrés s'accumulent de préférence autour des vaisseaux, parfois dans leur paroi même, leur formant de véritables manchons; autour des glandes sudoripares, dissociant le peloton glomérulaire: autour des follicules pileux et des glandes sébacées. Lorsque l'infiltration est discrète, elle s'insinue entre les fibres conjonctives du derme, formant par-ci par-là des amas plus épais; lorsqu'elle est plus abondante elle noie les éléments constitutifs de la peau, refoulant en haut le revêtement épidermique avec les poils et les glandes sébacées, qui s'atrophient, et s'enfonçant dans la profondeur entre les cellules graisseuses qui disparaissent à leur tour.

Le tissu conjonctif préexistant subit des altérations importantes dans ces cas: alors qu'il est simplement dissocié par une infiltration discrète, il disparaît devant un afflux cellulaire plus considérable.

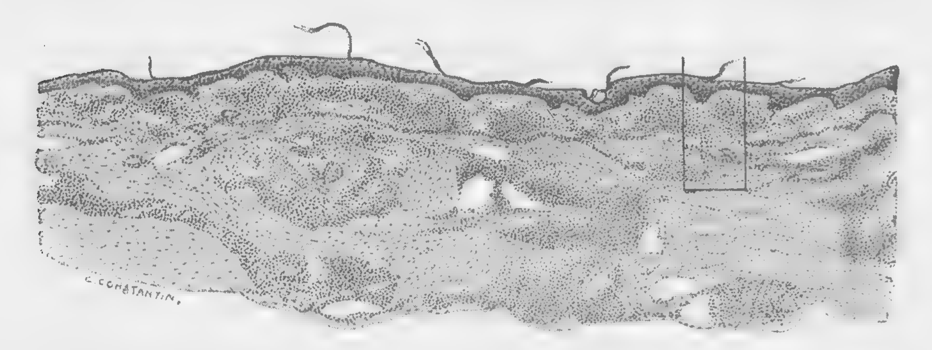


Fig. 2. — Erythrodermie leucémique. Grossissement 45/1. (Les lamelles cornées ont été enlevées par le rasoir.)

D'après quelques auteurs il formerait le *réticulum* du lymphome. Il est difficile de l'affirmer d'une manière certaine, car la trame réticulaire n'a pas du tout la même disposition que les fibres connectives banales et de plus cette conception suppose que les éléments du lymphome ne sont pas dus à une prolifération locale. Or il apparaît que si quelquefois l'infiltration lymphocytaire est d'origine sanguine, certains foyers lymphomateux représentent au contraire un processus de prolifération locale, et que le réticulum, dans ces cas, fait partie de la néoformation et ne représente pas, par conséquent, les vestiges du tissu conjonctif préexistant.

Il est aisé de voir, d'ailleurs, que si l'infiltration disparaît, il se fait une cicatrice déprimée, atrophique, qui suppose la raréfaction des fibres conjonctives au niveau de la lésion.

Le tissu élastique disparaît également.

Il persiste toutefois à la périphérie des nodules lymphomateux et au

cours des érythrodermies (comme dans notre observation personnelle) le réseau élastique superficiel est conservé.

Les vaisseaux persistent naturellement ; les capillaires sont parfois congestionnés, bourrés de lymphocytes. A la périphérie des lymphomes, les petits vaisseaux qui servent de support au réticulum ont un endothélium tuméfié, et les cellules de l'adventice sont en voie de prolifération. Dans les vaisseaux plus gros, la tunique interne est bourrée d'éléments cellulaires. Ils peuvent même être oblitérés (Arndt).

Il arrive aussi que les globules blancs s'accumulent dans la lumière en formant un thrombus. On peut rapporter à ces thromboses aseptiques, si fréquentes d'ailleurs chez les leucémiques, les nécroses partielles, les gangrènes, les ulcérations qu'on rencontre sur les lésions cutanées préexistantes.

Les follicules pileux sont entourés d'un manchon cellulaire, quelquefois étranglés par lui : les bulbes pileux subissent alors l'involution cornée, et l'on trouve autour d'eux, et autour des glandes sébacées atrophiées, des cellules géantes de corps étrangers. Dans quelques cas on note précisément à la surface des tumeurs ou des infiltrations diffuses, des granulations blanchâtres dues à l'oblitération des glandes sébacées. La disposition si particulière de l'infiltration autour de l'appareil pilo-sébacé nous explique pourquoi existent la chute des poils, l'acné (Grawitz 3 cas) ou les folliculites qui s'observent chez les leucémiques.

Quant aux glandes sudoripares, elles sont obstruées aussi ; leur lumière se remplit parfois de globules blancs et se dilate.

L'infiltration de la peau ne va pas sans provoquer parfois une réaction locale et si, au centre des lymphomes la structure est celle d'un lymphome pur, il n'en est pas de même à la périphérie. Là, on peut voir des petits vaisseaux dont le paroi prolifère, des cellules conjonctives tuméfiées, en voie de mobilisation ; les cellules pigmentaires sont nombreuses, et il existe de l'œdème sous-papillaire (fig. 3). On voit toutefois peu de mastzellen ou de plasmazellen. Mais on a rencontré au cours de leucémies lymphatiques, des lésions cutanées qui, outre l'infiltration de lymphocytes, montraient de nombreuses *cellules à granulations éosinophiles* (Gollasch).

On peut donc se demander, comme cela a été fait, s'il s'agit là de lésions véritablement lymphomateuses, ou bien de mycosis fongoïde, et d'érythrodermie mycosique (ces lésions appartiennent cliniquement, en effet, à des érythrodermies).

Aucune de ces observations n'est assez complète, ou tout au moins assez démonstrative par elle-même, pour que nous puissions trancher la question ; et il faudra sans doute, dit Paltauf, attendre de nouveaux exemples mieux étudiés au point de vue hématologique, pour qu'elle puisse être résolue. Cependant nous devons considérer que les lympho-

matoses typiques donnent quelquefois lieu à de l'éosinophilie sanguine (Aubertin) (1) ; que celle-ci est fréquente dans les érythrodermies leucémiques ou non leucémiques. Nous connaissons d'autre part l'éosinophilie locale dans la conjonctive (Pascheff) (2). Rien ne s'oppose donc à ce que les cas précités concernent des lymphodermies, et que l'éosinophilie cutanée soit formée d'éléments, soit infiltrés, soit autochtones.

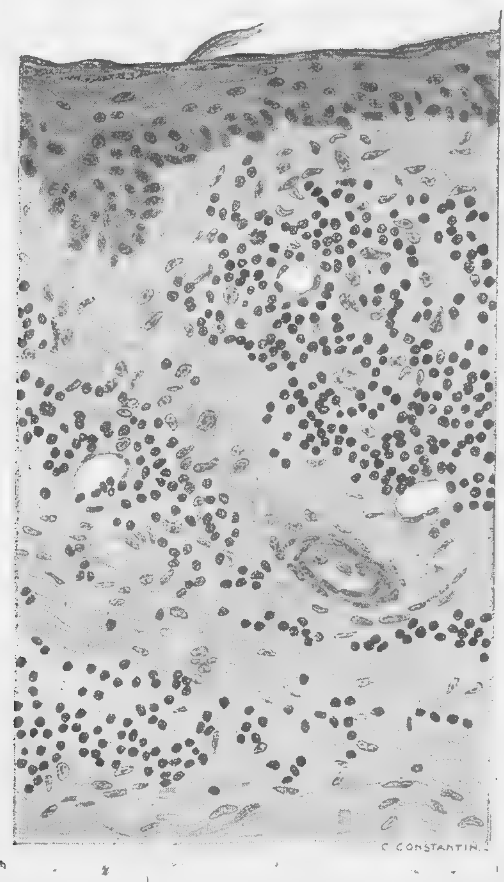


Fig. 3. — Zone périphérique d'un lymphome miliaire intradermique (indiqué par un trait sur la fig. 2). Grossissement 350/1.

Myélodermies. — Nous connaissons l'histologie des myélodermies depuis les articles de Bruusgaard, Jacobaeus, Rolleston et Fox, etc... Lian de son côté a mentionné, au cours d'une leucémie myéloïde classique, la présence de nodules myéloïdes cutanés, consécutifs à une extravasation sanguine : « les éléments (myélocytes de tous types et héma-

(1) *Journal médical français,* 1912. Le diagnostic des splénomégalies.
(2) *Folia haematologica,* janvier 1912.

ties nucléées) s'étaient répandus dans le derme et l'hypoderme, dit Rubens-Duval, et s'y multipliaient par karyokinèse, de sorte que la peau était transformée à ce niveau en un véritable tissu myéloïde. »

Jacobaeus a donné une description assez complète de nodules apparus dans la peau au cours d'une leucémie myéloïde chloromateuse : « les éléments myéloïdes infiltrés dans les espaces conjonctifs, avec prédilection autour des poils, des glandes et des vaisseaux, n'atteignaient pas le corps papillaire, formant au contraire de gros amas au contact du tissu graisseux.

Une tumeur excisée pendant la vie montra une infiltration plus dense que celle des tumeurs prélevées à l'autopsie (les tumeurs s'étaient affaissées quelques jours avant la mort), et parmi les formes cellulaires, les myéloblastes étaient plus nombreux que les éléments granuleux.

Dans les petits infiltrats, entre les faiseaux conjonctifs, on remarquait surtout des myéloblastes ; dans les grands infiltrats, surtout des cellules granuleuses, souvent en files épaisses, et polygonales par pression réciproque. Les mitoses étaient nombreuses. Les tumeurs irradiées montraient un infiltrat plus clairsemé : les petits amas avaient disparu et il n'en persistait plus qu'autour des petits vaisseaux ; on voyait quelques grandes cellules granuleuses mononuclééès, mal colorables, auprès des follicules pileux, avec quelques cellules pigmentaires, quelques myéloblastes et des mastzellen. »

Nous ne pensons pas devoir insister sur les caractères des déterminations cutanées du lymphosarcome et du myélosarcome.

III

Si les lésions du derme sont variables celles de *l'épiderme* en revanche paraissent assez uniformes. Elles sont multiples en ce sens qu'il y a des degrés divers dans l'intensité des altérations épidermiques, mais elles semblent toutes relever du même processus. Elles sont secondaires à la distension des papilles par l'infiltration sous-jacente, aux troubles nutritifs consécutifs, et peut-être à l'exocytose accusée qu'on rencontre parfois.

La couche basale et le corps de Malpighi ne présentent pas de lésions bien marquées. Les figures de mitoses ne sont pas plus nombreuses ; tout au plus peut-on constater que l'effacement des prolongements interpapillaires et l'amincissement de l'épiderme réduisent ces deux couches à un ruban mince et régulier de quatre à cinq assises cellulaires. La couche granuleuse est réduite, parfois à peine indiquée. En revanche la couche cornée est épaisse, formée de plusieurs étages de cellules sans noyau, les lamelles cellulaires contenant parfois quelques leucocytes émigrés.

Dans l'ensemble, l'épiderme est donc aminci, plat, réduit à 7 à 8 couches cellulaires, mais sans brèche ni ulcération ; on voit parfois de nombreux globules blancs entre les cellules (Juliusberg y a même rencontré des globules rouges).

On peut donc résumer ainsi ces altérations : aplatissement des papilles et hyperkératose sans parakératose.

Dans les cas où il existe des vésicules, on voit bien entendu l'œdème intercellulaire, la spongiose précéder et entourer la cavité, dans laquelle nagent les éléments caractéristiques de la leucémie en cause.

Au-dessus des tumeurs, les lésions sont minimes ; l'épiderme est souvent intact, quelquefois la granuleuse en voie de disparition ; il peut y avoir de l'hyperkératose.

C'est au cours des érythrodermies que les lésions atteignent leur maximum. Lorsqu'elles guérissent l'épiderme prend un aspect atrophique. Dans notre cas, où nous avons pu à l'autopsie prélever quelques fragments de peau cicatricielle, on voyait un épiderme plat, composé de 4 à 5 couches cellulaires, la granuleuse absente, sans kératinisation.

IV

Quel est, en résumé, l'aspect fourni par ces diverses lésions dermiques et épidermiques ?

Les leucémides et les érythrodermies, par l'infiltration discrète, disposée en nodules ou en traînées, à prédilection périvasculaire, ont un aspect légèrement inflammatoire qui, dans certains cas, est accentué par la réaction conjonctive cellulaire concomitante, et peut-être par l'infiltration surajoutée d'éosinophiles. Pourtant un examen attentif montre que les lymphocytes s'amassent par endroits en lymphomes nets avec réticulum délicat, ce qui donne à la lésion un caractère assez particulier.

Les grandes nappes lymphocytaires des tumeurs sont aussi bien reconnaissables, dépourvues de caractères néoplasiques puisqu'elles sont formées de lymphocytes à peu près typiques et qu'elles n'ont point de tendance destructive. Cependant les lésions vasculaires que nous avons signalées leur communiquent un aspect inflammatoire qui peut faire hésiter.

Et le doute est d'autant plus permis que l'on connaît bien les « lymphadénomes » infectieux, les nappes de lymphocytes entourant ou avoisinant quelque lésion syphilitique ou tuberculeuse minime. Cette sorte de « lymphadénome inflammatoire » cutané est homologue sans doute au « lymphadénome ganglionnaire » forme clinique de tuberculose ou de syphilis ganglionnaire bien connue. L'examen clinique du malade, l'examen histologique ne sont point, dans ces cas, suffisants

pour établir un diagnostic certain : ils doivent être complétés par une étude minutieuse de la formule hématologique et des organes hémato-poiétiques.

V

Lésions non spécifiques. — Elles ont la structure de papules, de vésicules banales, etc., dont ni les altérations épidermiques, ni les éléments de l'infiltration ne permettent de distinguer la nature. Cependant on peut dans certains cas favorables affirmer, indépendamment des signes hématologiques et viscéraux qui mettent en évidence leur origine, qu'il s'agit bien de leucémides. Ou trouve par exemple dans une lésion banale un lymphome miliaire isolé ; ou bien le liquide des bulles ou des vésicules est riche en éléments pathologiques semblables à ceux du sang leucémique ; ou encore la coupe intéresse un gros vaisseau dont le contenu montre évidemment qu'il y a leucémie. Cependant il convient de remarquer dans ce dernier cas, que les vaisseaux, au voisinage de lésions banales, peuvent être riches en éléments blancs sans que le malade soit réellement leucémique.

VI

Mode de formation des lésions. — Cette question n'est pas dépourvue d'intérêt, comme on pourrait le croire. Au point de vue théorique, elle touche au problème de l'étiologie des leucémies. Et il en découle une conséquence pratique de la plus grande importance : existe-t-il des lymphodermies primitives ?

Si l'on s'en tient à la théorie d'Ehrlich sur le mode de formation des altérations de la leucémie myéloïde aussi bien que de la leucémie lymphatique, on doit admettre que les lymphocytes émigrés du sang dans les interstices conjonctifs, s'y accumulent pour constituer des lymphomes métastatiques. Mais encore faut-il se demander si les lymphocytes se multiplient localement, une fois la métastase effectuée, ou bien s'ils séjournent là sans se multiplier ?

Il y a bien des arguments en faveur de l'origine métastatique de ces tumeurs : la prédominance de l'infiltration autour des vaisseaux et dans la paroi des vaisseaux, ce que nous savons de la motilité des lymphocytes (Jolly), la disparition de l'infiltration dans certaines conditions, nous montrent qu'il s'agit d'une infiltration passagère, et non d'une infiltration durable comme le serait une métaplasie lymphoïde.

Cependant, on tend de plus en plus à concevoir avec Dominici, que les processus leucémiques sont dus à la reviviscence de la fonction hématopoiétique telle qu'elle est dévolue au tissu conjonctif chez le jeune

embryon. Cette reviviscence se ferait aux dépens de germes latents disséminés. Précisément Ribbert, Marchant ont conclu à la présence de ces germes, et Dominici et Rubens-Duval ont vu des nodules lymphoïdes cutanés au cours d'inflammations chroniques.

Cette théorie qui accorderait à la peau même un rôle lymphopoiétique nous permettrait d'expliquer pourquoi certaines tumeurs lymphomateuses sont si durables, si importantes (par leur volume) dans le tableau des lésions lymphomateuses. Peut-être d'ailleurs les centres cutanés de prolifération lymphoïde attirent-ils à eux les lymphocytes, comme les ganglions, et sont-ils en somme le résultat d'un double processus de néoformation et d'appel ?

Nous savons d'ailleurs que, dans le mycosis fongoïde, la peau peut former des éosinophiles (Pautrier et Fage) comme le fait aussi la conjonctive dans certains cas (Pascheff).

Mais surtout, nous trouvons une confirmation décisive de la théorie qui attribue à la peau un rôle dans la production des lymphomes, dans les observations rares à la vérité, mais indubitables, *de lymphodermie primitive* (lymphadénose ou lymphadénome primitifs suivant les auteurs). On peut distinguer plusieurs cas parmi les faits de cet ordre :

a) Quelques-uns montrent que la lymphomatose cutanée apparaît avant les manifestations viscérales (Heinrich, Hitschmann, etc...) et même avant la lymphémie (Hitschmann).

b) D'autres fois, apparaissant en premier lieu, elle garde en outre un rôle prépondérant par l'importance des manifestations cutanées comparées aux viscérales (Buschke et Hirschfeld). A ces cas on peut rattacher ceux de de Beurmann et Gougerot, dans lesquels il n'est fait mention ni de la formule hématologique ni de l'état des organes hématopoiétiques, et qui paraissent, de ce chef se rapporter à des manifestations exclusivement cutanées.

c) Dans quelques rares cas, la lymphodermie reste la seule manifestation lymphomateuse observée *pendant la vie* et *à l'autopsie*. Hirschfeld (1), en donnant tout récemment une observation des plus démonstratives (il n'existait même pas de modification de la formule sanguine), émet l'hypothèse que bon nombre de sarcomes à cellules rondes et de sarcoïdes doivent être rangés dans cette catégorie.

Rien ne s'oppose donc à ce que la peau forme elle-même des lymphocytes, à ce qu'elle subisse la transformation lymphoïde. Les observations comme celle d'Hirschfeld montrent que cette hypothèse est conforme à la réalité.

(1) Hirschfeld, *Zeitschrift für Krebs-forschung*, Berlin, 1912, Bd. II, Heft 3, p. 398-407. Ueber isolierte aleukaemische Lymphadenose der Haut. La première partie de cet article était écrite lorsque nous avons pu consulter. le travail de Hirschfeld.

LA QUESTION DES LYMPHODERMIES

Pour si imparfait que soit le tableau que nous avons tracé, il nous paraît trop conforme à la vérité pour ne pas être accepté dans ses grandes lignes. L'avenir en modifiera peut-être l'ordonnance, ajoutera ou retranchera çà et là quelque trait, mais dès maintenant, dans l'ensemble, l'individualité des dermopathies leucémiques et aleucémiques s'impose à l'esprit.

Aussi ne reviendrons-nous pas ici sur tel ou tel point particulier, plus ou moins litigieux, de notre description. Envisageant au contraire la question dans son ensemble, nous voudrions dégager plus complètement les lymphodermies des obscurités dont leur histoire a été entourée dès l'origine, les distinguer plus nettement des affections avec lesquelles on les a longtemps confondues (mycosis fongoïde, lymphadénomes inflammatoires, sarcomatose cutanée) et définir aussi exactement que possible la place qu'elles doivent occuper dans la pathologie cutanée.

Le problème ainsi posé relève autant de la pathologie générale que de la dermatologie, attendu que l'anatomie pathologique du système hématopoiétique en constitue un élément très important.

L'étiologie ne peut nous être d'aucun secours : la nature des processus leucémiques nous échappe, tout comme celle des processus mycosique ou sarcomateux. Nous devons donc nous en tenir aux données cliniques et anatomiques : à ce point de vue, la pathologie cutanée nous offre des formes bien particulières de néoplasie et d'inflammation, telles que la sarcomatose multiple, le mycosis fongoïde, les tuberculides, etc.

Outre les lymphodermies, le mycosis fongoïde et la sarcomatose multiple cutanée, ci-dessus mentionnés, nous avons à mettre en discussion diverses affections se rapprochant des précédentes tantôt par leurs caractères histologiques, tantôt par leurs caractères cliniques. Nous avons ainsi à envisager successivement :

1° Les lymphadénomes inflammatoires.
2° La granulomatose maligne de Paltauf-Sternberg.
3° Le lymphadénome métatypique de Bezançon et Griffon (1).
4° Les lymphomatoses typiques (lymphodermies).
5° Le lymphosarcome (lymphodermies).
6° Le lymphocytome atypique de Ménétrier.

(1) Bezançon et Griffon, Lymphadénie ganglionnaire métaphysique. *Bulletin de la Société Anatomique,* 1899, p. 683.

7° La sarcomatose cutanée multiple.

8° Le mycosis fongoïde.

Avant d'entreprendre la classification de ces formes diverses, nous ferons remarquer qu'elles sont parfois difficiles à définir au point de vue histologique ; tout au moins, l'aspect typique ou atypique, inflammatoire ou néoplasique des lésions est, dans certains cas démenti par l'aspect clinique, auquel on doit toujours s'en rapporter en dernier ressort. C'est ainsi que l'examen attentif de certaines tumeurs mycosiques montre une nappe cellulaire identique par endroits à celle d'un sarcome : pourtant l'aspect et l'évolution cliniques d'une pareille tumeur la différencient d'un néoplasme malin.

I

1° *Lymphadénome inflammatoire.* — *a*) L'infection (tuberculeuse, syphilitique, ou banale) localisée au système ganglionnaire donne le tableau d'une pseudoleucémie. Mais l'adénopathie peut manquer ou être minime si l'infection se localise à la peau. La suppuration des foyers infectés est fréquente.

b) Il y a polynucléose.

c) Au point de vue cutané on observe des tumeurs de taille diverse, quelquefois disséminées, ou du prurit généralisé. Peut-être certaines sarcoïdes de Boeck doivent-elles être placées ici, avec certaines tuberculides ou certaines tuberculoses telles que l'érythème induré de Bazin, et quelques lupoïdes miliaires ?

d) Au point de vue histologique il s'agit d'une hyperplasie lymphomateuse (lymphocytes et réticulum), disposée le plus souvent en nodules (n'infiltrant pas comme une lymphomatose vraie par nappes uniformes), accompagnée, en quelques points, de foyers inflammatoires qui constituent la signature de la maladie.

2° *Lymphogranulomatose (Maladie de Hodgkin).* — *a*) L'infection localisée au système ganglionnaire, à la rate et au foie, représente une pseudoleucémie, identique parfois à la précédente, mais souvent d'allure plus maligne. Elle est également de nature tuberculeuse, syphilitique, ou infectieuse banale.

b) Il y a polynucléose.

c) Au point de vue cutané on observe des tumeurs, des œdèmes durs, des papules disséminées, du prurit, etc. (Gross, Kreibich, Bruusgaard, Nobl, Arndt, Hecht), et des placards érythrodermiques (Arndt).

d) Au point de vue histologique, il s'agit d'un tissu de granulation succédant à une hyperplasie lymphoïde, et disposé par nodules plus ou moins volumineux (rate granitée) avec sclérose et foyers de nécrose dans les nodules (Fabian).

2bis *Lymphadénome métatypique.* — Bezançon et Griffon ont entendu décrire par là une sorte de lymphosarcome, ou peut-être de lymphadénome infectieux caractérisé (comme la granulomatose de Paltauf-Sternberg, qui n'était pas encore connue en France) par la polymorphie cellulaire et par des foyers de nécrose. Nous rappelons que le premier cas décrit était survenu chez un tuberculeux.

De toutes ces affections, le lymphadénome est la seule dans laquelle on n'ait pas observé de lésions cutanées.

Bien que le lymphadénome métatypique n'ait pas été décrit dans tous ses détails, comme la lymphogranulomatose de Paltauf-Sternberg, et n'ait pas suscité la prodigieuse littérature de cette dernière, il nous paraît légitime de confondre les deux maladies.

3° *Lymphomatose typique.* — *a*) Maladie diffuse de tout le système hématopoiétique, moins localisée en général que les processus précédents ; envahissant en totalité, et non plus par nodules, les organes atteints (rate et ganglions surtout). La maladie n'a pas l'allure infectieuse de la granulomatose : elle est moins fébrile, les ganglions ne s'abcèdent pas. Bien que Fraenkel et Much, Arndt, etc... aient trouvé dans quelques cas des granula de Much, l'origine infectieuse n'est pas démontrée en effet.

Elle affecte quelquefois une évolution aiguë (leucémie aiguë).

b) Lymphocythémie considérable en général ; mais il peut exister des formes subleucémiques, et même aleucémiques.

c) Au point de vue cutané on observe comme précédemment des tumeurs et des exanthèmes divers, souvent prurigineux. En outre il existe des érythrodermies à types cliniques multiples. L'aspect de certaines tumeurs est quelquefois caractéristique (lymphodermie symétrique de la face).

d) Au point de vue histologique, l'infiltration est composée uniquement de lymphocytes (petits et typiques, ou grands lymphocytes d'Ehrlich), les petits lymphocytes sont situés dans un réticulum. Ils forment de vastes nappes, sans éléments surajoutés.

4° *Lymphosarcome* (1) *(lymphocytome typique de Ménétrier).* — *a*) Maladie quelquefois localisée à un groupe ganglionnaire ou à un organe hématopoiétique (thymus), quelquefois propagée à un certain nombre d'organes hématopoiétiques (lymphosarcomatose de Kundrat) ; elle se distingue des processus précédents par son agressivité (ulcé-

(1) Consulter à ce sujet l'article de Darier dans la *Pratique Dermatologique.* Dans un travail récent M. Darier revient sur le lymphosarcome. Il appelle ainsi « des sarcomes atypiques à cellules polymorphes, qui ont été désignés sous les noms de sarcomes alvéolaires, de carcinomes réticulés, et suivant les dimensions des éléments prédominants parfois de lymphocytomes, de myélocytomes, etc... » Et il en donne un exemple démonstratif. Cf. *Annales de Dermatologie,* 1911, p. 226. Lymphosarcome ulcéré de la lèvre.

ration et destruction). Le caractère néoplasique apparaît donc ici. Toutefois Delbet, Dominici soupçonnent une origine infectieuse.

b) Il y a polynucléose.

c) Au point de vue cutané on observe des tumeurs disséminées, non ulcérées souvent ; on voit aussi la peau envahie par la prolifération d'une masse ganglionnaire sous-jacente ; il y a quelquefois du prurit.

d) Au point de vue histologique, il s'agit d'un néoplasme formé d'éléments tantôt typiques (lymphocytes), tantôt atypiques du type lymphoïde pourtant, avec réticulum et infiltration de globules blancs divers (éosinophiles). En certains points le caractère inflammatoire est marqué (Dominici et Ribadeau-Dumas), confinant à l'aspect de la lymphogranulomatose.

5° *Lymphocytome atypique de Ménétrier,* sarcome à cellules dissociées, sarcome globocellulaire, ou à petites cellules rondes des auteurs.

a) Maladie localisée à un organe quelconque, à foyer unique au début (en raison des tendances à la généralisation, à foyers multiples dès le début *apparent,* dans certains cas), néoplasie nettement caractérisée (destruction, ulcération, cachexie).

b) Pas de modifications sanguines, ou polynucléose.

c) Au point de vue cutané, donne la sarcomatose cutanée secondaire, à tumeurs de taille variable.

d) Histologiquement, cellules atypiques formant des nappes dépourvues de réticulum vrai. Pour Ménétrier, ces éléments auraient encore une certaine ressemblance avec ceux de la série lymphoïde.

6° *Sarcomatose cutanée multiple,* à cellules polymorphes.

a) Maladie diffuse et primitive *de la peau,* sans atteinte ganglionnaire au début, se généralisant ultérieurement aux territoires intéressés et aux viscères. C'est une néoplasie : au début pourtant et pendant longtemps parfois elle n'affecte pas la malignité habituelle des sarcomes.

b) Il y a polynucléose dans certains cas.

c) Au point de vue cutané, il y a des tumeurs et des infiltrations diffuses, souvent symétriques, ayant peu de tendance à l'ulcération ; quelquefois nodules hypodermiques.

d) Histologiquement, on trouve un sarcome à cellules fusiformes ; quelquefois un sarcome globocellulaire. (Ménétrier comprenant d'autre part dans le lymphocytome un certain nombre de tumeurs à cellules polymorphes, il est permis de considérer cette sarcomatose cutanée comme appartenant en réalité au groupe précédent.)

7° *Mycosis fongoïde* (granulome fongoïde).

a) Maladie diffuse *de la peau,* avec atteintes ganglionnaires et viscérales rares et peu importantes ; dépourvue de la malignité caractéristique des néoplasmes à la fois par l'évolution des lésions et par son allure générale.

b) Polynucléose, éosinophilie, lymphocytose, ou formule sanguine normale.

c) Au point de vue cutané, tumeurs et infiltrations diffuses généralisées quelquefois à tout le tégument, mais susceptibles de régression spontanée. Erythrodermie prurigineuse.

d) Histologiquement (Dominici) (1) : prolifération du tissu conjonctif formant une charpente réticulée qui supporte des lymphocytes, des éosinophiles et des leucocytes divers.

Suivant la prédominance de l'infiltration de globules blancs ou de la prolifération conjonctive l'aspect est soit inflammatoire, soit lymphadénoïde, soit sarcomateux ou lymphosarcomateux.

II

Chacun de ces groupes représente donc un processus à caractéristique complexe dans lequel la malignité de l'allure clinique, l'atypie cellulaire, les modifications de la formule hématologique, les tuméfactions ganglionnaires, et les lésions cutanées peuvent s'associer à des degrés divers.

Si la plupart des combinaisons ainsi réalisées produisent des types définis, il en est au contraire qui aboutissent à des formes douteuses ou bâtardes ne rentrant complètement dans aucun des groupes précédents et se rattachant à plusieurs d'entre eux par leurs différents caractères cliniques ou histologiques.

Il nous faudra aussi tenir compte de ces faits et nous énumérerons brièvement les plus importants.

1° Gougerot a vu un lymphadénome d'origine inflammatoire se comporter comme une tumeur maligne ; on a vu parfois la granulomatose de Hodgkin affecter une marche envahissante (Pappenheim) ; les lymphomatoses typiques sont aussi dans quelques cas douées d'une certaine agressivité locale (Fabian) et Sternberg a pu comprendre dans sa leucosarcomatose (sarcome avec leucémie) certains cas de leucémie aiguë. Notons enfin que les sarcomes cutanés se comportent dans quelques cas comme des tumeurs relativement bénignes.

2° En ce qui concerne la formule hématologique, les lymphomatoses sont seules caractérisées par une lymphocythémie véritable. Cependant Pelagatti aurait vu un cas de mycosis fongoïde s'accompagner d'un état leucémique du sang. Les lymphomatoses d'autre part peuvent rester aleucémiques (Hirschfeld) ne se distinguant point alors des autres affections. Quant aux formes subleucémiques nous savons qu'on

(1) In Gaucher, *Maladies de ta peau,* 1909.

trouve une lymphocytose relative dans quelques cas de mycosis fongoïde.

La polynucléose est indifféremment le fait des productions inflammatoires et des néoplasmes malins.

3° En ce qui concerne les adénopathies, Hirschfeld a vu une lymphodermie primitive de la peau rester isolée jusqu'au bout de son évolution. La sarcomatose cutanée, les lymphadénomes inflammatoires, le mycosis fongoïde, qui restent parfois pendant longtemps des affections localisées à la peau, ne se distinguent de cette lymphodermie isolée que par leur structure histologique (1).

4° Enfin au point de vue des manifestations cutanées, nous savons qu'il existe si peu de signes distinctifs entre l'érythrodermie leucémique et l'érythrodermie mycosique, que Kaposi a pu réunir dans sa lymphodermie pernicieuse un certain nombre de cas appartenant à l'une ou à l'autre de ces deux maladies (Paltauf). Il existe aussi une érythrodermie tuberculeuse (Brunsgaard).

Les manifestations cutanées des lymphomatoses typiques et celles du lymphosarcome sont également si voisines les unes des autres que nous avons pu les décrire sous les mêmes titres. Les leucémides sont de nature inflammatoire dans le lymphosarcome et les leucémies, et semblables aux lésions analogues de la maladie de Hodgkin.

En somme, soit qu'on examine les caractères de chacun des groupes précédents, soit qu'on se reporte aux faits isolés mentionnés plus haut, on peut dire qu'aucun des types pathologiques que nous avons passés en revue n'est défini par un signe pathognomonique, mais que pour chacun d'eux il faut s'en rapporter à l'ensemble des caractères.

III

Ces réserves faites nous pouvons préciser ainsi qu'il suit les rapports qu'affectent entre eux ces divers processus, en considérant séparément chacune de leurs caractéristiques (atteintes des organes hématopoiétiques, modifications hématologiqnes, lésions cutanées, structure histologique).

1° *En ce qui concerne les organes hématopoiétiques.* — Dans le lymphadénome inflammatoire il peut y avoir adénopathie satellite ou adénopathies généralisées à forme de pseudoleucémie, suppurant parfois.

Dans la maladie de Hodgkin, il y a presque toujours tuméfactions

(1) On peut utiliser comme moyen de diagnostic, dans les cas de ce genre, la fixation du complément décrite par Gaucher dans le mycosis fongoïde, les méthodes analogues n'ayant, jusqu'à présent, donné aucun résultat dans les cas de leucémie.

ganglionnaires primitives, généralisées, et tuméfaction splénohépatique ; parfois caséification et ramollissement des foyers.

Dans les lymphomatoses typiques il y a des tuméfactions ganglionnaires primitives habituellement généralisées, ne s'abcédant jamais, avec spléno et hépatomégalie.

Dans le lymphosarcome il y a tuméfaction primitive énorme d'un seul groupe ganglionnaire, avec tendance de la lésion à se propager au tissu voisin, l'envahissement demeurant régional. La lymphosarcomatose est caractérisée par la multiplicité des foyers néoplasiques, dont les organes hématopoiétiques sont toujours le siège de prédilection.

Dans les sarcomes et la sarcomatose primitive, l'adénopathie néoplasique est secondaire et tardive, et surtout régionale.

Dans le mycosis fongoïde les adénopathies sont tardives, régionales, peu prononcées, et surtout consécutives aux infections secondaires (lésions de grattage et ulcérations).

2° *En ce qui concerne les modifications du sang.* — Dans le lymphadénome inflammatoire il y a polynucléose comme cela se voit dans beaucoup de maladies infectieuses.

Dans la granulomatose de Hodgkin, il peut y avoir également une polynucléose bien marquée.

Dans les lymphomatoses il y a lymphocythémie (leucémie), ou lymphocytose relative (subleucémie), ou formule normale (aleucémie). On n'observe de polynucléose que s'il y a complication infectieuse. L'éosinophilie peut se montrer lorsqu'il y a érythrodermie.

Dans le lymphosarcome et les sarcomes, on peut voir de la polynucléose, comme dans toute tumeur maligne.

Dans le mycosis fongoïde on voit quelquefois de l'éosinophilie, de la polynucléose, ou une mononucléose modérée.

3° *En ce qui concerne les lésions cutanées.* — Dans le lymphadénome inflammatoire on voit des tumeurs clairsemées, quelquefois isolées, s'ulcérant et suppurant souvent, avec tendance à la cicatrisation ; quelquefois du prurit. L'érythrodermie exfoliative tuberculeuse, forme rare, se rattacherait peut-être à ce groupe.

Dans la lymphogranulomatose, on voit des tumeurs de toute taille, disséminées ; des tuméfactions diffuses (œdème dur), des papules nombreuses ; du prurit, des placards eczématiformes ou érythrodermiques. Malgré le petit nombre de cas, les formes observées sont donc multiples.

Dans les lymphomatoses il y a des lymphodermies de formes variées : tumeurs disséminées, généralisées ou localisées ; tuméfactions étendues ; érythrodermies quelquefois exfoliantes ; leucémides vésiculeuses, papuleuses, maculeuses, etc... ; purpura ; prurigo. Les tumeurs ne s'ulcèrent que rarement et tendent alors à la cicatrisation ; elles sont per-

sistantes. Ces caractères les éloignent donc également des tumeurs inflammatoires et des vrais néoplasmes.

Le lymphosarcome, la sarcomatose primitive de la peau, et même le sarcome métastatique ont le plus souvent une évolution propre moins maligne que celle des tumeurs viscérales. Elles sont cependant persistantes, et leur ulcération, lorsqu'elle se produit, n'a guère tendance à la guérison.

Le mycosis fongoïde donne lieu à des tumeurs multiples, s'ulcérant, ou disparaissant avec une égale facilité, à des infiltrations diffuses (*érythrodermies*) de longue durée, à des exanthèmes prurigineux. Ces manifestations sont susceptibles de régression, de rémission ; elles n'ont donc pas les caractères des néoplasmes.

4° *Au point de vue histologique.* — Dans le lymphadénome inflammatoire il s'agit d'une hyperplasie lymphoïde (lymphocytes et réticulum) avec foyers inflammatoires concomitants.

Dans la maladie de Hodgkin, on observe dans un premier temps une prolifération lymphoïde ; dans un second temps il y a formation d'un tissu de granulation avec sclérose et foyers de nécrose. C'est donc une hyperplasie conjonctive complexe, inflammatoire.

Dans la lymphomatose, la transformation lymphoïde est complète et exempte de tout élément étranger : on ne voit que des lymphocytes dans un réticulum. Tout au plus, dans la leucémie aiguë, les lymphomes embryonnaires offrent-ils une certaine analogie avec une prolifération inflammatoire. Seuls les leucémides sont d'aspect inflammatoire.

Dans le lymphosarcome, la prolifération conjonctive donne naissance à des éléments de la série lymphoïde, dont les uns sont typiques, et les autres atypiques, avec réticulum. C'est donc une néoplasie.

Le lymphocytome atypique de Ménétrier est caractérisé par l'atypie cellulaire plus complète et l'absence de réticulum

La sarcomatose vulgaire représente un néoplasme à cellules polymorphes.

Le mycosis fongoïde représenterait une néoproduction du tissu conjonctif, caractérisée par deux états (Dominici), l'état adénoïde; et l'état inflammatoire. L'état adénoïde se reconnaît à la réticulation et à l'infiltration de lymphocytes ; l'état inflammatoire à l'aspect des vaisseaux et des cellules conjonctives proliférées, et à l'infiltration de leucocytes divers.

IV

Nous dirons donc que :

1° le lymphadénome inflammatoire et la lymphogranulomatose représentent des processus infectieux, à localisations ganglionnaires —

et cutanées — ayant un aspect phlegmasique net, et les caractères histologiques d'une hyperplasie lymphatique ou granulomateuse réactionnelle.

2° les lymphomatoses sont des maladies à localisations ganglionnaires multiples, n'ayant aucun aspect inflammatoire et possédant les caractères histologiques d'une hyperplasie lymphoïde pure. Les lésions cutanées sont le plus souvent secondaires et de même type histologique (à part les leucémides, de type inflammatoire).

3° Que le lymphosarcome est une maladie à localisations ganglionnaires prédominantes, de type néoplasique, avec lésions cutanées secondaires ; et que la sarcomatose primitive multiple de la peau est une néoplasie conjonctive primitive de la peau.

4° Que le mycosis fongoïde est une maladie cutanée, peut-être inflammatoire plutôt que néoplasique, possédant les caractères histologiques d'une hyperplasie conjonctive et lymphoïde tout à fait particulière, distincte de chacun des processus précédents, et proche des granulomes (1).

Les lymphodermies sont donc représentées : *a*) par les tumeurs et les infiltrations des lymphomatoses ; *b*) par les tumeurs des lymphosarcomes ; *c*) par les lésions non spécifiques, ou leucémides (sans doute toxiques) des lymphomatoses et des lymphosarcomes ; ce sont des manifestations complexes, diathésiques, tantôt histologiquement typiques (lymphomateuses), tantôt atypiques (lymphosarcomateuses), tantôt inflammatoires (leucémides); elles se produisent au cours des états tant leucémiques qu'aleucémiques.

(1) Arndt, *Virchow's Archiv,* 1912, Bd 209, Heft 4, p. 432.

Pour la bibliographie, voir Nanta, *thèse,* Toulouse, 1912. Aux indications mentionnées dans cet ouvrage et dans le présent article joindre celle-ci: « Bezançon et Labbé, Essai sur l'anatomie pathologique et la pathogénie du lymphadénome ganglionnaire. *Congrès de Médecine,* Lille, 1899, p. 450. » Nous avons en effet, dans le présent article, attribué à Bezançon et **Griffon** le lymphadénome métatypique de Bezançon et **Labbé**.

RECUEIL DE FAITS

SYPHILIS. — SALVARSAN. — NEURORÉCIDIVE. NÉOSALVARSAN INTOXICATION GRAVE

Par **P. Bernadot.**

J'ai fait à peu près 35 injections de néosalvarsan à 20 malades ; j'ai recueilli le cas suivant :

M. L..., 32 ans.

Antécédents héréditaires. — Parents en bonne santé.

Antécédents collatéraux. — 3 frères et 1 sœur en bonne santé.

Antécédents personnels. — Aucune maladie antérieure.

Syphilis datant de 3 ans. Il eut successivement : chancre induré du sillon balano-préputial, roséole, d'une durée de 3 mois, 1 plaque muqueuse buccale, syphilides ulcéreuses des membres dont on voit encore les cicatrices, 1 plaque muqueuse conjonctivale.

Au moment de son exanthème, il nous dit que sa température atteignit 39° pendant 8 jours. Il semble donc avoir été touché par une syphilis assez sévère, et malgré un traitement énergique a eu toujours depuis 3 ans des manifestations spécifiques. Il a fait successivement les traitements suivants :

1° Enesol, 30 injections.

2° Protoiodure, 120 pilules ; il est allé jusqu'à 12 centigrammes par jour.

3° Calomel, 2 injections de 0,05 ; amélioration.

4° Enesol, une nouvelle série.

5° Benzoate de mercure, 20 injections.

6° Friction à l'onguent double.

7° KI, 1 gramme par jour.

8° Hectine, en injections fessières ; par voie buccale, XX gouttes pendant 20 jours.

9° Enfin, quelques injections d'hermophenyl.

Actuellement il se présente avec des syphilides maculeuses cuivrées envahissant tout le tégument.

Quelques syphilides papuleuses dans le sillon interfessier.

Il se plaint en outre de douleurs ostéocopes dans les tibias.

Le 7 mars 1912 : 50 centigrammes Salvarsan intraveineux.

Le soir de l'injection très forte réaction, vomissements, diarrhée, frisson. La température monte à 39°,8. Le lendemain matin tout est disparu, température : 36°,4. Herpès buccal survient le lendemain.

Revu le 27 avril 1912. Les douleurs ostéocopes ont disparu, les syphilides papuleuses ont guéri. Les maculeuses sont encore visibles ; en second lieu le malade a notablement engraissé. État général très satisfaisant. Il s'est mis au traitement mercuriel pilulaire que nous lui avions conseillé.

On revoit le malade le 22 juin 1912. Voici l'accident dont il fait le récit : Il y a une dizaine de jours il a éprouvé une névralgie violente dans la région pariétale gauche, cette névralgie dure 2, 3 jours, puis la douleur se déplace et se localise à l'oreille gauche. Enfin 1 ou 2 jours plus tard, le ma-

lade devient complètement sourd de cette même oreille. Il attend 8 jours ainsi, puis rentre à l'hôpital. A ce moment pendant 1 jour et une nuit il est pris de vomissements abondants, de vertiges ; pas de température. Il est évident qu'il s'agit d'une neurorécidive.

Le malade nous apprend qu'il avait cessé son traitement pilulaire depuis 1 mois et demi avant le début de son accident. De plus ce traitement avait été très intermittent, il avait seulement absorbé depuis le mois de mars 40 pilules de protoiodure.

On fait à ce malade une série de 20 injections de benzoate de mercure. Sous l'influence de ce traitement il se produit une lente amélioration, les vertiges disparaissent, la surdité est moindre : l'état nauséeux disparaît, il peut ententre faiblement le tic tac d'une montre, ce qui lui était impossible une semaine plus tôt.

A ce moment, le 16 juillet 1912, nous faisons une injection intraveineuse de 50 centigrammes de Néosalvarsan.

Température, 6 heures soir, 36°,9. A 11 heures du soir il est pris d'un léger malaise qui va s'accentuant dans le courant de la nuit. Bientôt il a des nausées, des vomissements, de la diarrhée, de violents frissons, toute la nuit il ne dort pas ; à 7 heures du matin sa température est de 38°,9.

Bientôt son état va en s'aggravant. Il éprouve une céphalalgie intense, il a des bourdonnements et des sifflements d'oreille, bientôt il tombe prostré dans son lit. A 10 heures du matin le malade est incapable de répondre aux questions, il n'entend pas, il ne semble pas comprendre les gestes qui lui sont faits ; plus tard il nous dit qu'il eut quelques éblouissements d'abord, puis, que bientôt après il ne distingua plus les objets sans pour cela perdre connaissance. Il est dans un état de stupeur. Nous le voyons à ce moment-là, et il nous donne l'impression d'être dans un état très grave.

Il a la face bouffie, rouge, comme élargie transversalement ; il a de l'empâtement le long de son sterno-cléido-mastoïdien gauche près de la mastoïde. Assez rapidement cet état se dissipe, sueur en masse, polyurie, diarrhée (il a été 6 fois à la selle dans la journée) ; le soir température = 36°,5 ; à ce moment, il est à peu près remis, néanmoins sa céphalalgie est encore très intense, atroce, il a de la difficulté à l'élocution, il voit comme un brouillard au devant des objets. Un peu d'albumine dans les urines.

La nuit et les jours suivants son état va de plus en plus en s'amendant, jusqu'à redevenir normal. Sa face reste néanmoins bouffie pendant quelques jours ; son empâtement mastoïdien, que lui-même remarque et qui n'existait pas avant l'injection, disparaît peu à peu.

Le résultat de cette injection, résultat inattendu, fut celui-ci : surdité absolue de l'oreille malade (le tic tac d'une montre n'est même plus perçu), surdité qui rappelons-le, s'améliorait sous l'influence du traitement mercuriel.

Nous revoyons le malade en septembre 1912, deux mois après son injection. Le résultat que nous pouvons considérer comme définitif est toujours le même : surdité absolue de l'oreille gauche.

Peut-être sera-t-on tenté de considérer ces incidents comme consécutifs à une neuroréaction méningée, mais il semble difficile d'exclure catégoriquement une intoxication.

RÉCIDIVE IN SITU D'UN CHANCRE SYPHILITIQUE SOUS FORME DE SYPHILIDE CHANCRIFORME VINGT JOURS APRÈS LA FIN D'UN TRAITEMENT PAR LE SALVARSAN ET LE MERCURE. CONFUSION POSSIBLE AVEC UNE RÉINFECTION.

Par **Paul Ravaut.**

Observation. — Le 2 mars 1912, M. P. G., âgé de 22 ans, vient me consulter pour un chancre induré du prépuce tout à fait typique ; il s'agit d'un accident très régulier, circulaire, du volume d'une pièce de 50 centimes nettement induré et ne présentant aucun signe de phagédénisme. Il existe dans chaque aine des ganglions indurés. Il n'y a pas de roséole. L'examen à l'ultra-microscope montre sur ce chancre de nombreux spirochètes typiques. Du sang est prélevé et la réaction de Wassermann est positive.

Je lui injecte aussitôt dix centigrammes de Salvarsan. Je n'ose pas injecter davantage car le malade est de constitution faible et très pusillanime. Le lendemain apparaît une roséole très discrète.

Il reçoit le traitement suivant :

2 mars 1912, 0 gr. 10 Salvarsan.

11, 13, 15, 18, 20 mars, cinq injections intraveineuses de 0 gr. 02 de cyanure de mercure.

23 mars, 0 gr. 20 Salvarsan.

27, 30 mars, 1er, 3, 5 avril, cinq injections intraveineuses de 0 gr. 02 de cyanure de mercure.

10 avril, 0 gr. 20 Salvarsan.

12, 14, 16, 22 avril, quatre injections intraveineuses de 0 gr. 02 de cyanure de mercure.

24 avril, 0 gr. 30 Salvarsan.

26, 29 avril, 1er, 4 mai, quatre injections intraveineuses de 0 gr. 02 de cyanure de mercure.

Sous l'influence de ce traitement le chancre se cicatrise au début du mois d'avril ; les ganglions diminuent beaucoup plus lentement.

Le malade qui n'avait eu aucun rapport depuis le début de sa maladie coïte à nouveau le 18 et le 20 mai et le 24 mai il revient me trouver présentant exactement au niveau de son ancien chancre une nouvelle ulcération d'aspect phagédénique se superposant exactement sur la première. Je pensai aussitôt à un chancre mou, mais cette lésion n'en avait aucun caractère, elle n'était pas creuse mais au contraire saillante, allongée, présentant des bords blanchâtres et d'aspect phagédénique. Les ganglions de l'aine sont redevenus plus gros. Un examen microscopique sur lames montre qu'il n'y a pas le moindre bacille de Ducrey mais qu'il existe de très rares spirochètes typiques. Les jours suivants la lésion devient de plus en plus phagédénique, douloureuse et augmente très rapidement de volume. Je fais à huit jours d'intervalle deux injections d'huile grise. Le résultat est lent et le 8 juin je pratique une nouvelle injection de 0 gr. 60 de néosalvarsan ; la cicatrisation commence aussitôt. Je réinjecte le 19 juin 0 gr. 90 de néosal-

varsan puis cinq piqûres d'huile grise et cette lésion rétrocède très rapidement en même temps que les ganglions.

J'ai publié cette observation pour deux raisons : la première c'est qu'il s'agit d'une façon indiscutable d'une récidive in situ d'un chancre syphilitique sous forme d'accident chancriforme et phagédénique malgré un traitement par le Salvarsan et le mercure ; la seconde c'est que cette lésion aurait pu passer pour une réinoculation en raison de son aspect, de la présence de quelques rares spirochètes et de la nouvelle poussée ganglionnaire qui s'est produite.

Elle me paraît surtout intéressante parce qu'elle montre que chez un syphilitique traité énergiquement il peut se reproduire des accidents de nature syphilitique peu de temps après la cessation du traitement ; ces accidents se refont sur place aux dépens de lésions antérieures. Elle prouve en outre qu'il ne faut jamais négliger le traitement local du chancre.

Ce processus me paraît assez semblable à celui des accidents décrits du côté du système nerveux sous le nom de neuro-récidives et dont j'ai essayé d'éclaircir la pathogénie (1) en montrant qu'ils ne se développaient que chez les malades dont le système nerveux était déjà touché au moment du traitement.

Il s'agirait donc dans l'un et l'autre cas d'accidents déterminés par le réveil de lésions antérieures.

(1) Paul Ravaut, Les réactions nerveuses tardives observées chez certains syphilitiques traités par le Salvarsan et la méningo-vascularite syphilitique. *Presse médicale,* n° 18, 2 mars 1912.

GLYCOSURIE SURVENUE TRENTE ANS APRÈS UN CHANCRE SYPHILITIQUE ET GUÉRIE PAR LE TRAITEMENT MERCURIEL

par **Charles Laurent** (de Saint-Etienne),
Ex-chef de clinique adjoint à l'Antiquaille.

Les déterminations de la syphilis sur le système glycoso-formateur sont relativement rares et en tous cas très mal connues. L'observation que nous avons recueillie est très intéressante quoiqu'elle ne permette pas de localiser d'une façon précise la lésion du système glycoso-formateur.

Mme X... est âgée de cinquante-deux ans, elle a contracté la syphilis à l'âge de 20 ans. Elle prit quelques « douzaines de pilules » et puis ne se préoccupa bientôt plus de sa maladie. Elle fit pourtant à diverses reprises une cure printanière d'iodure de K. Au mois de juin dernier elle alla consulter un médecin, ne lui parla point de sa syphilis antérieure et celui-ci ayant trouvé du sucre dans les urines lui conseilla le régime classique des diabétiques.

Les urines furent examinées, elles contenaient 3 grammes du sucre par litre et la quantité totale était de un litre 200 grammes. Il n'existait en dehors de cette glycosurie aucun signe de diabète, ni obésité, ni polyphagie, ni polydypsie, ni polyurie... Le régime institué ne fut pas suivi.

Au mois de janvier 1912 la malade vint nous consulter. Elle raconte tout d'abord son histoire de diabète à laquelle elle attache une grande importance puis nous met au courant de l'histoire de sa syphilis antérieure et du traitement suivi. Ses urines examinées réduisent la liqueur de Fehling. Un pharmacien dose le sucre et trouve deux grammes par litre. La malade refuse un régime et ne veut rien modifier au sien. Elle ne présente toujours aucun autre signe de diabète. Elle insiste au contraire pour suivre un traitement hydrargyrique et on lui fait une série d'injections d'huile grise de Vigier à la dose de 0,07 centigrammes par semaine.

A la troisième injection les urines ne contiennent plus de sucre et depuis le 15 février dernier les urines ont été revues à cinq reprises différentes et jamais on ne constata plus de glycosurie.

Comment faut-il interpréter ce résultat ? Peut-être s'agissait-il d'une lésion de pancréatite légère, peut-être d'un trouble de la cellule hépatique. Personne ne pourrait donner une interprétation précise ; il reste simplement un fait : le mercure a fait disparaître le sucre.

MM. Fournier, Ozenne, Paspelow ont signalé le diabète vrai comme fréquent chez les syphilitiques. Mais les observations de glycosurie guéries par le traitement sont rares, nous n'en avons recueilli que trois. L'une est d'Ozenne mais elle ne saurait se comparer à la nôtre, son

malade avait une syphilis cérébrale et sa glycosurie était fonction de sa lésion nerveuse. La seconde est de Tzizakow ; une glycosurie légère survenue en pleine période secondaire fut guérie par quelques jours de traitement mercuriel. La troisième signale l'amélioration d'un diabétique par le traitement, nous n'avons pu trouver que ce cours résumé.

Ces courtes données ne permettent pas d'asseoir sur une lésion anatomique le trouble de la glycosoformation ; car il manquait le moindre signe pour nous diriger du côté du foie ou du pancréas ou du bulbe. Aussi sans aucunement interpréter nous enregistrons le fait d'une glycosurie datant d'au moins sept mois guérie par le traitement hydrargyrique.

NOTE SUR LA FRÉQUENCE DE LA SYPHILIS DE L'OREILLE INTERNE

Par **M. Rigaud,** Interne des hôpitaux de Toulouse.

On sait que depuis les travaux de M. Finger l'attention a été attirée de divers côtés sur les altérations acoustiques observées chez des syphilitiques traités par l'arseno-benzol. On a donc discuté pour savoir si ces accidents devaient être mis au passif du médicament, ou si en réalité, ils n'étaient pas purement et simplement de nature syphilitique.

Présentement la majorité des auteurs considèrent qu'il s'agit là de neuro-récidives syphilitiques. Toutefois, l'on admet et probablement avec raison, que ces neuro-récidives s'observent avec une beaucoup plus grande fréquence chez les malades qui n'ont été traités que par l'arseno-benzol.

Il apparaît comme très intéressant de déterminer la fréquence réelle des localisations de la syphilis sur l'acoustique indépendantes de toute autre influence. On a, en effet, été amené à se demander si la syphilis de l'oreille n'était pas infiniment plus fréquente qu'on ne l'avait cru jusqu'à présent. Une pareille manière de voir a été formulée très catégoriquement et à diverses reprises.

Comme contribution à la question nous apportons simplement le résultat des relevés que nous avons faits sur les registres de M. le Dr Escat, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Toulouse. Ces relevés ont été faits soit sur les listes de sa clientèle privée, soit sur les registres de son service hospitalier. Avouons toutefois que ces statistiques sont malheureusement incomplètes. Les chiffres de la pratique générale de M. Escat sont très supérieurs à ceux des cas enregistrés. Toutefois nous pouvons dans une certaine mesure utiliser ceux-ci.

Sur un total de 581 cas de syphilis nous trouvons :

32 cas d'hérédo-syphilis du type Hutchinson sur lesquels il n'y a pas lieu d'insister.

Et 61 cas de labyrinthite syphilitique précoce ou tardive.

Soit un pourcentage de 10,4 pour 100. Cette proportion est déjà respectable, bien supérieure à ce qu'imaginent beaucoup de syphiligraphes est un certain nombre d'oto-rhino-laryngologistes ; ajoutons cependant que, de l'avis même de M. Escat, cette proportion est probablement très inférieure à la véritable car il est disposé à reconnaître, lui-même, qu'il en a jadis méconnu plus d'un exemple et il est persuadé

qu'un très grand nombre de scléroses labyrinthiques otiques doivent être rapportées à la syphilis (1).

En conclusion on peut admettre qu'il faut accorder à la syphilis un rôle en pathologie acoustique bien plus considérable qu'on n'a été tenté de le faire jusqu'ici.

On peut se demander même si la syphilis acoustique n'est pas aussi fréquente que la syphilis optique.

(1) Ajoutons à titre accessoire que pendant ces vingt derniers mois, M. le Pr Audry a observé pour son propre compte 8 cas de labyrinthite syphilitique presque tous précoces. Un seul de ces malades avait reçu de l'arseno-benzol et devait être considéré comme porteur d'une neuro-récidive. Ce malade présentait d'ailleurs des lésions d'otite adhésive antérieures de cinq ans (Dr Laval).

REVUE DE DERMATOLOGIE

Cancer.

Sur un cancer en cuirasse avec formation de vésicules et localisation à la peau de la cuisse droite et du ventre (Über Cancer en cuirasses mit Blasenbildung und Lokalisation an der Haut der rechten Oberschenkels und der Unterbauches), par M. NEUSTADT. *Dermatologische Zeitschrift,* 1912, n° 6, p. 487.

Il s'agit d'une femme de 76 ans. Au microscope, épithéliomatose dans les lymphatiques ; il existe en outre des vésicules nombreuses, non inflammatoires, qui siègent dans l'épaisseur mince de l'épiderme, dans les couches profondes du corps muqueux, vésicule uni ou pluri loculaires, contenant de la fibrine et des polynucléaires, et dont l'origine ne peut être rapportée qu'à une stase mécanique de la lymphe. Tout cela est conforme aux descriptions de Unna. Ch. AUDRY.

Chéloïde.

Un cas de chéloïde provoquée par les cicatrices des lésions syphilitiques (A case of Keloids forming on the cicatrices resulting from ulcerating syphilitic lesions). par MAC LEOD. *Royal society of medicine of London,* 16 mars 1911. *The British journal of Dermatology,* avril 1911, p. 114.

Un malade de 31 ans, ayant présenté cinq ans avant des ulcérations syphilitiques des bras et des fesses, guéries par des injections mercurielles ; sur les cicatrices des lésions spécifiques se développent des chéloïdes typiques. G. PETGES.

Erythème noueux.

L'érythème noueux d'origine tuberculeuse. Contribution à l'étude de la tuberculose inflammatoire de la peau, par M. H. ALAMARTINE. *Gazette des Hôpitaux,* n° 69, 18 juin 1912, p. 1027.

L'existence d'une variété tuberculeuse d'érythème noueux polymorphe est démontrée par trois ordres de faits : faits cliniques, constatation maintes et maintes fois observée d'éruption érythémateuse nodulaire survenant chez des tuberculeux avérés ; faits anatomo-pathologiques, constatation de lésions tuberculeuses typiques à côté de lésions simplement inflammatoires dans un nodule d'érythème noueux ; faits expérimentaux, reproduction de tuberculides cutanées microscopiquement et histologiquement semblables au noyau d'érythème noueux par inoculation de cultures de bacilles de Koch à l'animal. E. VAUCHER.

Érythème noueux et Méningite, par A. SÉZARY. *Gazette des Hôpitaux,* n° 10, 25 février 1912, p. 125.

A propos de l'érythème noueux doit se poser la question déjà bien étu-

diée à propos de la pleurésie de l'avenir des malades qui ont été atteints de cette dermatose. Sézary rapporte l'observation d'une fillette de huit ans chez laquelle une septicémie et une méningite tuberculeuse mortelle succédèrent à un érythème noueux. Il existe dans la littérature médicale de nombreuses observations analogues. En dehors des cas où l'érythème noueux est en relation avec une méningite tuberculeuse en évolution il peut précéder celle-ci de plusieurs semaines ou de plusieurs mois. Il est difficile de préciser exactement les rapports qui existent entre ces deux affections, mais leur fréquente coexistence invite aux plus grandes réserves en ce qui concerne le pronostic de l'érythème noueux, et la plus vive sollicitude en ce qui concerne la thérapeutique de cette affection d'apparence si bénigne. E. VAUCHER.

Généralités.

Signification pratique des arrêts de développement de la peau (Die praktische Bedeutung der Entwicklungshemmungen der Haut), par O. PETERSEN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* t. 113, p. 799.

Mme Tarnovsky avait remarqué que chez les femmes assassins les anomalies conformes de ces excès des sourcils étaient particulièrement fréquentes. P. pense que souvent les anomalies du développement du tégument peuvent offrir de l'intérêt par rapport à l'état général. P. donne en exemple la minceur, la brièveté du cuir chevelu, l'absence totale ou partielle des sourcils, l'abondance du duvet chez les adultes, la persistance des poils sacrés, le développement insuffisant des sudoripares ou des sébacées (ichtyose), l'absence des ongles, les nævi, les anomalies pigmentaires, etc.

Ch. AUDRY.

Glandes sébacées.

Sur la stase sécrétoire congénitale dans les glandes sébacées et sudoripares (miliaire sébacée de Jacquet et hydrocystomatose congénitale) (Ueber angeborene, Sekretstauung in den Talg- und Schweissdrüsen [miliaria sebacea Jacquet et Hidrocystomasis congenitalis]), par HINSELMANN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1912, t. 111, p. 611.

Un nouveau-né avait la peau de la face semée de petites élevures vésiculeuses pas tout à fait aussi grosses qu'une tête d'épingle, et dont on pouvait exprimer une matière jaunâtre. On en trouvait aussi sur le cuir chevelu, clairsemées sur le dos et la poitrine, la plante des pieds ; quelques kystes clairs sur la peau du ventre ; 15 nævi non vésiculaires étaient disséminés sur le tégument du dos. L'affection évolua d'une manière singulière ; d'abord, elle s'étendit, puis elle parut se compliquer d'inflammation, sans pustules ; enfin, une poussée nouvelle se produisit encore au bout de 30 jours ; l'enfant était totalement guéri après 2 mois, sauf un eczéma séborrhéique de la face et de la tête. Ces vésicules contenaient des cellules épithéliales, du lanugo et des granulations graisseuses. En somme, il s'agissait d'une stase sécrétoire des glandes sébacées dans les follicules, stase qui, par l'intervention de cocci inflammatoires, s'enflamma et présenta momentanément une allure acnéiforme; mais cette interprétation ne peut expliquer ces vésicules plantaires parce que les sébacées manquent sur la plante des pieds des nouveau-nés, et il faut attribuer ces dernières à de la rétention

sudoripare. H. rappelle les recherches antérieures de Jacquet et Rondeau sur la miliaire sébacée congénitale ; il conclut que celle-ci peut se généraliser, qu'elle peut présenter des transformations vers l'acné, et enfin que les kystes plantaires sont sudoripares, et que l'hydrocystome congénital était jusqu'à présent inobservé. Ch. Audry.

Granulomes.

Contribution à l'étude du soi-disant « granulome annulaire » (Beitrag zum Studium des sogenannten « Granuloma annulare » R. Crocker), par Vignolo-Lutati. *Dermatologische Zeitschrift,* 20 et 27 janvier 1912, nos 3 et 4, p. 77 et 114.

Le cas de V.-L. a comme particularités cliniques son début par une phase d'érythème. La maladie a guéri en 2 mois (injections de cacodylate).

A défaut d'une étiologie plus précise, la maladie doit être maintenue dans le groupe mal délimité des érythèmes chroniques. Pellier.

Le granulome telangiectode européen (une maladie à protozoaires) (Das Granuloma teleangiectodes europeum [eine Protozoen Krankheit]), par H. Schridde. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1912, n° 5, p. 218.

S. a examiné un certain nombre de granulomes annulaires telangiectodes (pseudo-botryomycose). Une des pièces dont il s'agit était remarquable en ce que le bourgeon largement étalé sur le dos du petit doigt pénétrait par sa base jusque dans l'épaisseur de la phalangette détruite. Le même malade portait une néoplasie semblable sur le cuir chevelu.

Sur les coupes, outre les lésions habituelles, S. constate une grande quantité de leucocytes neutrophiles. Il y existait en outre de grandes cellules présentant des inclusions multiples, colorées en bleu par le crésyl violet, et qu'il considère comme des protozoaires ; il retrouva ces mêmes figures sur l'autre granulome pris sur le cuir chevelu du même sujet, et enfin sur une autre pièce ; mais elles manquaient sur d'autres préparations, ce que S. explique par le degré de développement histologique de la lésion. S. rappelant que Benneke a rapproché le granulome télangiectasique de la verruga du Pérou pense qu'il s'agit là d'une petite néoplasie due à des protozoaires du genre de ceux du bouton d'Orient.

(S. qui semble d'ailleurs attribuer aux auteurs français en général, des opinions un peu imaginaires, me paraît avoir eu affaire à une lésion tout à fait différente ; car, à ma connaissance, il n'existe pas de cas où le bourgeon pseudo-botryomycosique ait eu pour origine un tissu osseux.)

Ch. Audry.

Granulosis rubra nasi.

Le traitement de la granulosis rubra nasi par les rayons de Röntgen (Die Behandlung der granulosis rubra nasi mit Röntgenstrahlen), par Brandle. *Dermatologische Zeitschrift,* novembre 1911, t. 18, p. 965.

Le traitement doit être fait par petites doses, souvent répétées. En général 5 à 6 séances suffisent. B. a eu de bons résultats dans quatre cas.

Pellier.

Hypertrichose.

Une nouvelle méthode pour le traitement de la barbe des femmes (Eine neue Methode zur Beseitigung des Frauenbartes), par Mme SCHVENTER-TRACHSLER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1912, t. 111, p 69.

2 fois par jour, on frictionne les zones hypertrichosiques avec la pierre ponce ; au bout de 6 mois, repos de 4 semaines ; puis on recommence ; après un an de traitement, le résultat est excellent. Ch. AUDRY.

De l'acétate de thallium et son emploi dans le traitement de l'hypertrichose chez la femme, par R. SABOURAUD. *La Clinique*, 16 février 1912, n° 7, p. 102.

L'acétate de thallium exerce une action fâcheuse et formidable sur le système pileux. Vers 1897 Sabouraud a été témoin de toute une série d'accidents de ce genre qui lui permirent de conclure qu'en donnant à un sujet 0,02 centigrammes d'acétate de thallium par kilogramme de son poids on peut obtenir douze à quinze jours après, non pas toujours, mais le plus fréquemment, une alopécie pouvant amener la chute totale de ses cheveux en quelques jours, la tête se trouvant aussi nue que dans la plus accomplie des pelades décalvantes. Sabouraud a essayé dans le traitement des teignes le médicament par ingestion à la dose de 0,02 centigrammes par kilogramme et en applications externes directes en pommade au 1/10 sur les régions à dépiler. Avec la pommade il obtint dix-neuf jours après le début des applications qui n'avaient été continuées que pendant quinze jours une dépilation parfaite et totale. Mais les malades présentèrent parfois quelques accidents d'intoxication : sialorrhée, tachycardie, ecchymoses sous-cutanées et albuminurie légère dans un cas. Aussi Sabouraud a-t-il abandonné ce médicament dans le traitement des teignes.

Dans les cas d'hypertrichose ce médicament lui a donné d'excellents résultats. Il prescrit une pommade composée de :

Acétate de thallium.	0 gr. 30
Oxyde de zinc.	2 50
Vaseline.	20 gr. »
Lanoline..	} àâ 5 gr. »
Eau de rose.	

L'application de cette crème chaque soir sur le duvet de la lèvre et des joues lui a donné régulièrement en dix-huit mois environ la diminution de moitié grandeur et grosseur du duvet sur lequel on l'appliquait.

L'acétate de thallium trouve surtout ses indications chez des jeunes filles brunes de quinze à vingt ans chez lesquelles le duvet de la lèvre et des joues est déjà trop visible et chez des femmes faites dont le duvet est déjà une moustache.

Aux doses où Sabouraud l'a employé, ce médicament n'a jamais exercé une action quelconque sur la chevelure des patientes. E. VAUCHER.

Lèpre.

L'antiquité de la léprose, de la syphilose et de la tuberculose, par ZAMBACO-PACHA. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1912, t. 111, p. 193.

Z. renouvelle l'expression des idées qui lui sont chères sur le sujet défini dans le titre précédent. Ch. AUDRY.

Les modifications déterminées par le bacille de la lèpre chez l'animal (Durch Leprabazillen gesetzte Veränderungen beim Tiere), par H. Much. *Münchener medizinische Wochenschrift,* 16 avril 1912, n° 16, p. 849.

L'homme dont l'organisme possède des anticorps tuberculeux énergiques réagit à des espèces bactériennes acido-résistantes qui ne sont généralement pas pathogènes ; la petite quantité de substances spécifiques communes (même pour des espèces les plus éloignées) suffit encore pour réagir en présence d'une grande quantité d'anticorps. Dans le sang, où les anticorps tuberculeux sont toujours en faible quantité, la réaction ne se produit que pour des espèces voisines ; elle est d'ailleurs dans tous les cas d'une intensité variable suivant l'espèce.

Les mêmes conditions se réalisent chez les lépreux. Ils ne réagissent pas seulement à l'injection de bacilles extraits des nodules au moyen de l'antiformine et constituant ainsi l'équivalent d'une culture pure, mais aussi au bacille de Koch et à d'autres espèces acido-résistantes.

On retrouve ces phénomènes chez l'animal. De plus les animaux traités par du matériel tuberculeux non vivant acquièrent de ce fait une hypersensibilité typique à la tuberculose. M. a cherché à constater si l'animal influencé dans le sens d'une immunisation par des substances bacillaires tuberculeuses pouvait présenter des modifications pathologiques par injections de bacilles lépreux.

Chez le cobaye normal les bacilles lépreux se résorbent. Après immunisation contre la tuberculose il se forme des infiltrats susceptibles d'aboutir à une ulcération.

Chez la chèvre les formations nodulaires varient de dimensions suivant la quantité de bacilles injectés· On y retrouve des bacilles et des tubercules typiques avec cellules géantes et plasmazellen.

La tumeur peut parfois se ramollir ; le pus contient des bacilles lépreux et l'ensemencement n'y montre aucun autre microorganisme. La déviation du complément avec du bacille lépreux comme antigène montre une réaction négative des animaux de contrôle, faiblement positive chez les animaux immunisés, fortement positive chez les animaux ayant après immunisation tuberculeuse reçu du bacille lépreux en injection.

Le pus et les fragments de tumeur n'ont ni en culture ni en inoculation au cobaye montré de la tuberculose. Il s'agit donc bien de modifications lépreuses bien que, histologiquement, elles ne concordent pas avec les lésions observées sur l'homme. Pellier.

Lumière (action de la — sur la peau).

Etudes physiologiques et thérapeutiques sur l'action de la lumière sur la peau (Physiologische und therapeutische Studien über die Lichtwirkung auf die Haut), par L. Freund. *Wiener klinische Wochenschrift,* 1er février 1912, n° 5, p. 193.

Les expériences ont été faites sur un sujet atteint d'hydroa vacciniforme, au moyen de filtres permettant d'étudier séparément l'action des différentes lumières. Alors que les rayons rouges, orangés, verts donnent lieu à un simple érythème calorifique disparaissant sans laisser de traces, les rayons bleus déterminent une légère pigmentation ; les rayons filtrés au

verre uviol provoquent un hydroa typique. Cette action est très atténuée par les filtres au sulfate de cuivre ou à la nitrosodiméthylamine.

Les rayons de grande longueur d'onde sont les plus pénétrants, mais ne dépassent guère une profondeur de un millimètre, leur action thérapeutique semble se rapprocher de celle de l'air chaud.

Une pommade à 4 pour 100 d'Aeskulin préserve les endroits irradiés de l'hydroa ainsi provoqué. PELLIER.

Lupus.

L'emploi de l'opération de Payr dans le traitement du lupus de la face (Die Auwendung der Payrschen Opération bei Gesichtslupus), par J. FABRY. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1912, t. 111, p. 603.

Payr a proposé d'attaquer le lupus non pas par sa face restreinte. mais par sa face profonde. Il trace des incisions parallèles, profondes jusqu'aux fascia; il décolle en pont le tissu lupique, et glisse au-dessous un tampon de gaze iodoformée imbibée de baume du Pérou. On change le tampon tous les 8 jours ; on l'enlève après 2 ou 3 semaines, et ensuite, la guérison se fait rapidement. F. a appliqué au lupus de la face ce mode d'intervention que Payr n'avait utilisé que sur un lupus des extrémités.

F. a du reste modifié la technique de Payr, en ce sens qu'il taille un long lambeau adhérent par un seul bout, et mobile par une autre extrémité. Après 2 ou 3 semaines, il rapplique et suture le lambeau. Il a employé 5 fois cette méthode avec des succès divers, mais au demeurant avec de bons résultats. Il estime que cette méthode pourra rendre de bons services et que dans un certain nombre de cas, elle se substituera avantageusement aux exérèses chirurgicales, aux greffes, même contre les lupus de la face. Il peut se produire des récidives nodulaires qu'on traitera par les procédés habituels. Il semble que les résultats, au point de vue de l'apparence, s'améliorent avec le temps. Ch. AUDRY.

Lymphangiectasies.

Sur les lymphangiectasies génitales idiopathiques (Zur Kenntnis der idiopatischen genitalen Lymphangiektasie), par W. TURCK. *Dermatologische Zeitschrift,* 1912, n° 2, p. 138.

T. donne d'abord un résumé historique des varices lymphatiques spontanées observées chez l'un et l'autre sexe. Il y ajoute l'observation d'un homme de 43 ans qui remarqua récemment sur son pénis en érection, au-dessous du gland, au niveau de la bifurcation de la couronne une saillie conoïde, recouverte d'une peau saine, longue de 2 centimètres, haute de 0,005, à laquelle faisait suite un cordon dur, et qui s'étendait jusque sur la ligne médiane dorsale. Comme la lésion se développait, on en fit l'ablation ; au microscope : vaisseaux sanguins augmentés de nombre, à parois épaisses ; nombreux lymphatiques ectasiés, dilatés, à parois formées d'éléments collagènes et musculaires, à endothélium normal. Il existait un thrombus dans les lymphatiques au voisinage du point où fut mise la ligature.

Il est probable que le développement rapide de cette varice lymphatique est d'origine mécanique, la congestion énorme de l'érection ayant amené la stase grâce à la compression exercée par la peau distendue outre mesure. Ch. AUDRY.

Pemphigus.

Pemphigus infectieux d'origine staphylococcique, par E. Weil et A. Dufourt. *Lyon médical,* 5 mai 1912, p. 990.

La nature infectieuse du pemphigus aigu, survenant chez les enfants, soit à titre d'entité propre, soit comme manifestation secondaire au cours de la rougeole, de la varicelle ou d'une autre maladie éruptive, est maintenant chose certaine. La preuve paraît en avoir été faite dernièrement par MM. Landsteiner, Levaditi et Prasek.

Les auteurs ont eu l'occasion d'observer à la Clinique cinq cas de pemphigus infectieux aigus ; sur ces cinq cas, deux ont évolué au cours d'une rougeole, dont l'une était compliquée de diphtérie ; le troisième s'est manifesté pendant une varicelle ; le quatrième pendant une scarlatine qui s'est terminée par la mort. Le dernier cas a évolué seul et avec une grande intensité.

Chaque fois, des examens répétés du liquide des bulles par frottis et coloration au Gram, permirent de trouver des staphylocoques abondants, soit libres, soit phagocytés à l'intérieur des polynucléaires. Ces staphylocoques se trouvent de préférence à l'état de diplocoques.

Les cultures ont toujours montré qu'il s'agissait de la même variété, lorsqu'on avait soin de faire l'ensemencement avec toute l'asepsie désirable, cautérisation préalable de l'épiderme de la bulle, et en n'utilisant que le contenu des bulles récentes à liquide absolument clair. Dans les bulles suppurées on peut rencontrer d'autres germes.

Les caractères de cultures de ces staphylocoques sont identiques à ceux qu'ont indiqués Landsteiner, Levaditi et Prasek.

Les auteurs ont, à propos de deux de ces cas de pemphigus, essayé de reproduire la maladie chez le lapin, en inoculant dans la veine de l'oreille 1 centimètre de culture en bouillon âgée de 24 heures.

Dans le premier cas il y a eu septicémie staphylococcique banale et mort ; dans le second, apparition d'une bulle, unique il est vrai, mais renfermant du staphylocoque et ayant présenté l'évolution habituelle, rapide, des éléments du pemphigus. Il semble donc qu'il existe comme le dit Lansteiner, une relation étroite entre le staphylocoque et le pemphigus infectieux aigu. M. Carle.

Pigments.

La pigmentation des muqueuses dans les cirrhoses pigmentaires (avec ou sans diabète), par Gouget. *Société Médicale des Hôpitaux,* 2 février 1912, n° 4, p. 129.

Contrairement à l'opinion classique d'après laquelle la pigmentation des muqueuses ferait le plus souvent défaut, dans les cirrhoses pigmentaires cette pigmentation est signalée dans un très grand nombre d'observations récentes tantôt sous forme de taches pigmentaires des conjonctives ou de la muqueuse labiale, tantôt sous forme de coloration grise des gencives ou de pigmentation des joues. E. Vaucher.

Pigmentation de la muqueuse buccale et du voile du palais d'origine indéterminée, par Dufour et Alardo. *Société Médicale des Hôpitaux,* 1912, n° 14, p. 497.

Le malade présente une pigmentation très prononcée de la muqueuse du

voile du palais, des joues et des lèvres. Il ne présente aucun signe de maladie d'Addison ni de phtiriase. La cause de cette mélanodermie est donc difficile à déterminer. E. VAUCHER.

Prurigo.

Le prurigo-asthme, par R. SABOURAUD. *La Clinique,* 14 juin 1912, n° 24, p. 379.

Parmi les prurigos, il existe un type morbide particulier différent des autres en ce qu'il s'accompagne peu ou beaucoup suivant les cas de crises d'asthme parfaitement caractérisées. Cette aflection est de beaucoup plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte. Elle apparaît généralement chez un enfant de trois à six ans qui se gratte et présente sur tout le corps un état de prurigo généralisé avec placards eczématisés au niveau des plis de flexion et parfois placards semblables de lichénisation très prurigineux. Cet enfant a des crises d'asthme très fréquentes plus ou moins violentes coïncidant ou plus exceptionnellement alternant avec des poussées de prurigo. Le prurigo asthme est une affection à rémissions et à paroxysmes qui s'observent surtout en hiver. Cette affection s'améliore considérablement au bord de la mer. Habituellement la maladie décroît vers dix ans et vers douze ou treize ans, asthme et prurigo disparaissent ensemble. Chez l'adulte cette affection est bien plus rare. L'étiologie de ce syndrome est inconnue. E. VAUCHER.

Thérapeutique.

Sur le traitement des dermatoses prurigineuses au moyen de sérum humain normal (Ueber die Behandlung der juckenden Hautkrankheiten mit normalen, menschlichen Serum), par LINSER. *Dermatologische Wochenschrift,* 30 mars 1912, n° 13, p. 365.

Le sang recueilli par ponction de la veine cubitale de sujets sans tuberculose constatable, à Wassermann négatif, est défibriné et centrifugé. On injecte de 10 à 20 centimètres cubes, soit dans les veines, soit sous la peau ; l'injection est répétée de trois à cinq fois, mais peut l'être plus souvent sans inconvénient.

Par cette méthode L. a obtenu la guérison rapide d'un impetigo herpétiforme ; le strophulus, le prurigo, l'urticaire en bénéficient. Dans l'eczéma des nourrissons, on observe une sédation du prurit mais il faut continuer le traitement local. Un très grand nombre de cas de prurit sénile généralisé ou non ont cédé à deux injections alors que ni les traitements externes ou internes, ni les injections de solution saline préconisées par Bruck ne leur avaient donné d'amélioration. PELLIER.

REVUE DE VÉNÉRÉOLOGIE

Blennorrhagie.

Sur une localisation inaccoutumée de l'infection gonococcique (Uber eine ungewohnliche Lokalisation der Gonokokkeninfektion), par Lenartowicz. *Monatshefte für praktische Dermatologie,* t. 53, n° 8, p. 432.

Cas de diverticulite blennorrhagique, curieuse surtout par sa position sur le côté de la verge alors que la plupart des malformations semblables se rencontrent sur la ligne médiane. Pellier.

Sur une forme particulière des leucocytes neutrophiles du pus blennorrhagique (Ueber eine besondere Form der neutrophilen Leukozyten im gonorrhoischen Eiter), par Neuberger et J. Cnopf. *Archiv für Dermatologie uud Syphilis,* 1912, t. 111, p. 595.

Les auteurs croient pouvoir signaler l'existence dans le pus blennorrhagique d'une variété spéciale de leucocytes neutrophiles. Ces leucocytes sont polynucléaires d'une manière extrêmement accusée, ces noyaux sont délicatement piriformes ; souvent ils sont groupés en rosette ou en rayons de roue. Les sels d'argent provoquent l'apparition de ces leucocytes en rosettes qui ne contiennent jamais de gonocoques, et que N. et C. considèrent comme à peu près pathognomoniques. Ch. Audry.

Un cas de kératodermie blennorrhagique (A case of keratodermia blenorrhagica), par Graham Little. *British journal of dermatology,* novembre 1911, p. 360.

Malade de 30 ans, hospitalisé pour arthrite et urétrite d'allure gonococcique : au niveau des régions plantaires il existe de nombreuses productions coniques, d'aspect corné, translucides, brunes, saillantes, entourées d'une aréole inflammatoire.

Sur le dos des pieds il existe des ulcérations rappelant l'ecthyma ; les ongles des mains sont malades, ils sont séparés de leur matrice, qui est rouge et enflammée.

Traitement par le vaccin anti-gonococcique dont le résultat a paru satisfaisant au point de vue local et général. G. Petges.

Un cas de septicémie gonococcique et d'exanthème gonococcique généralisé (Ein Fall von Gonokokkämie und generalisiertem gonorrhoischem Exanthem), par Menahem Hodara, Osman Bey, Izet Rey et Chevkiet Bey. *Dermatologische Wochenschrift,* 6 avril 1912, n° 14, p. 397.

Les lésions cutanées ont débuté sur le thorax, l'abdomen, la face et les extrémités par des éléments annulaires de couleur rouge livide rappelant l'érythème polymorphe. En même temps que la température s'élevait, l'éruption s'est généralisée sous forme de grosses bulles à contenu purulent

ou hémorragique, d'œdème de la face, de conjonctivite, de taches érythémateuses de la muqueuse buccale. La fièvre dura 11 jours ; les lésions bulleuses s'affaissèrent lorsque la température revint à la normale pendant la période fébrile.

L'ensemencement du sang donna des cultures typiques de gonocoques. On s'aperçut alors que le malade était atteint de blennorrhagie.

Dans ce cas les phénomènes infectieux semblent dus à la circulation des gonocoques mais surtout à leurs toxines. Au point de vue microscopique les lésions étaient caractérisées par une inflammation intensive : dilatations vasculaires, œdème, hyperémie passive et thromboses ; émigration des lymphocytes et de leucocytes, prolifération des cellules conjonctives.

PELLIER.

Critique du traitement de la blennorrhagie de l'homme par l'atropine (Zur Kritik der Atropinbehandlung der Blennorrhoë des Mannes), par K. FLUSS. *Dermatologische Zeitschrift*, 17 février 1912, n° 7, p. 192.

Il semble que l'emploi de l'atropine au cours de la blennorrhagie (Schindler) exerce vis-à-vis des complications une action prophylactique qui a d'ailleurs besoin d'être confirmée. En dehors de certaines professions où des troubles visuels, même très légers, peuvent constituer une gêne, ce traitement est bien supporté et ne donne lieu à aucun accident toxique.

PELLIER.

Sur le traitement de la blennorrhagie de l'homme par le protéïnate d'argent (Ueber die Behandlung des männlichen Harnrohrentrippers mit Argentum proteinicum (Heyden) par M. OPPENHEIM. *Medizinische Klinik*, 1911, tirage à part du n° 32.

Le protéïnate d'argent est un antiseptique peu irritant. Les indications sont celles du protargol. PELLIER.

Résultats du vaccin antigonococcique Arthigon (Erfahrungen mit Gonokokken-Vakzine Arthigon), par P. DORN. *Dermatologische Wochenschrift*, 16 mars 1912, n° 11, p. 301.

L'Arthigon de Bruck contient 20 millions de gonocoques par centimètre cube. On l'injecte dans la région fessière. En un seul cas ce traitement a déterminé une albuminurie qui a disparu rapidement par suppression des injections.

Contrairement aux indications de Bruck, il ne semble pas que la fièvre constitue une contre-indication. L'injection est bien supportée au point de vue local et se borne à donner parfois une légère sensation de tension. Les résultats sont très bons dans l'arthrite, l'épididymite. La prostatite aiguë avec fièvre bénéficie d'un abaissement thermique mais elle ne semble pas améliorée ; il en est de même pour la prostatite catarrhale. La cervicite blennorrhagique semble heureusement influencée et on peut dans un certain nombre de cas attribuer au traitement un effet curatif.

Dans l'urétrite blennorrhagique la vaccination ne donne aucun résultat.

PELLIER.

Trois cas de blennorrhagie traités par vaccins antiblennorrhagiques (Tres casos de blenorragia, tratados por vacunas antiblenorragicas),

par Juan de Azua. *Revista clinica de Madrid,* 15 avril 1912, tome VII, nº 8, p. 297.

Premier cas. — Médecin, 36 ans : blennorrhagie peu intense, suivie de prostatite, polyarthrite et atrophie musculaire. Les irrigations rectales chaudes procurent seules un peu de soulagement aux douleurs de la prostate. Vers le huitième ou neuvième mois de la maladie, on pratique tous les 5 jours une injection de vaccin de Burroughs-Wellcome, variant de 5 à 20 et 50 millions de gonocoques, on en fait dix qui sont bien supportées, mais la suppression des irrigations rectales amène une exacerbation immédiate des phénomènes prostatiques. — *Deuxième cas.* — H. 24 ans, 1° blennorrhagie récente s'accompagnant d'invasion généralisée avec polyarthrite récidivante et iritis séreuse double. Divers traitements n'ayant amené qu'un soulagement médiocre, on pratique 6 injections de vaccin de Parke Davis à 5,50, 150 millions de gonocoques à 6, 8, 9, 10 jours d'intervalle les unes des autres. Cinq jours après la dernière, la guérison était complète. — *Troisième cas.* — Blennorrhagie de l'urètre antérieur, polyarthrite des grandes et petites articulations. Trois injections de 50 et 150 millions de gonocoques, pratiquées à 5-6 jours d'intervalle, amenèrent une guérison momentanée. Trois mois après, l'arthrite tibio-tarsienne avait récidivé.

De ces trois faits, l'a. conclut que le vaccin antigonococcique est un bon moyen de traitement ; son efficacité n'est pas constante. Il est surtout à recommander contre le rhumatisme blennorrhagique. J. Méneau.

Sur les nouveaux traitements des complications de la blennorrhagie (Ueber neuere Behandlungsmethoden gonorrhoischer Komplikationen), par R. Rohrbach. *Dermatologische Zeitschrift,* 1912, nº 1, p. 1.

R. a étudié les résultats fournis par l'injection d'électrargol dans le traitement abortif de l'épididymite blennorrhagique. Asch avait obtenu des résultats très brillants dans l'épididymite au début. L'évolution était plus avancée chez les 9 malades de R. On injecta directement dans l'épididyme 1 centimètre cube ou 1 cc. 5 de la solution (Clin). Ces injections ont exercé sur la durée du mal et sur la douleur une action préférable à celle des antiphlogistiques.

Cependant la méthode est douloureuse, il reste des infiltrats, et les résultats ne sont pas assez sûrs pour qu'elle semble digne d'entrer dans la pratique courante.

R. a également traité l'épididymite blennorrhagique par l'arthigon (vaccin de Bruck), et dans la moitié des cas, il a obtenu d'excellents résultats au point de vue de la durée de la maladie, de la douleur, et de la résolution de l'infiltrat (L'injection d'arthigon est intra-fessière et n'est pas douloureuse).

L'emploi de l'arthigon est bien indiqué contre les arthrites, où il semble fournir des résultats meilleurs que tout autre remède connu. Ch. Audry.

Traitement de l'épididymite blennorrhagique par les boues radio-actives, par De Beurmann, E. Regnauld et F. Cottin. *Société Médicale des Hôpitaux,* 24 mai 1912, nº 18, p. 631.

Les boues radio-actives constituent un appareil radio-actif à activité constante et modérée. Leur action locale est beaucoup plus douce que celle

des appareils à sels de radium et comme elles sont employées sans écran, leurs émanations gardent toute leur puissance de pénétration. Leur innocuité paraît absolue même en applications très prolongées; tout au plus peuvent-elles donner lieu à un peu d'érythème qui cède rapidement à la suspension temporaire du traitement. Voici la manière de procéder. On vaseline le scrotum, puis sur une compresse on étale un couche épaisse de boue radifère additionnée de glycérine qui empêche le desséchement de la boue. Le cataplasme est appliqué sur le testicule malade au moyen d'un suspensoir ouato-caoutchouté dont l'imperméabilité retarde le desséchement. Ce pansement est renouvelé toutes les 24 heures. Les lavages urétraux sont continués quotidiennement.

La douleur disparaît rapidement, en vingt-quatre à quarante-huit heures, parfois seulement le troisième ou le quatrième jour. La douleur à la pression s'atténue également très vite et l'empâtement péri-épididymaire diminue pour ne laisser bientôt qu'un noyau correspondant au canalicule infecté. L'action des boues a toujours été favorable et l'a toujours été d'autant plus que les phénomènes inflammatoires étaient plus aigus et plus récents. E. VAUCHER.

Chancre mou.

Pour la connaissance du chancre mou extragénital. Un cas de chancre mou du pied (Zur Kenntniss des Ulcus molle extragenitale. Ein Fall von Ulcus molle am Fusse), par E. BRUNER. *Dermatologische Wochenschrift,* 9 mars 1912, n° 10, p. 277.

Revue de la question et observation, jusqu'ici sans précédent dans la littérature, d'un chancre localisé au dos du pied chez un sujet porteur de nombreux chancres génitaux. PELLIER.

Un cas de chancre mou extragénital du bras gauche (Ein Fall von extragenitalen Ulcus molle des linken Oberarms), par L. MÉRIAN *Monatshefte für praktische Dermatologie,* t. 53, n° 10, p. 531.

Chancre développé sur un tatouage récent, sept semaines après tout coït, quatre semaines après le tatouage. PELLIER.

Un cas de guérison d'un chancre simple par l'emploi du Salvarsan (Ein Fall von Ausheilung eines weichen Schankers durch Gebrauch von Salvarsan), par P. PAWLOW. *Dermatologische Zeitschrift,* 2 mars 1912, n° 9, p. 248.

Un soldat présentant simultanément un chancre syphilitique et plusieurs chancres simples a vu ces deux lésions guérir à peu près simultanément après une injection intramusculaire de 0,6. La réaction de Herxheimer s'est produite également autour des chancres simples sous forme d'une rougeur périphérique et d'une forte démangeaison. L'accident syphilitique a récidivé au bout d'un mois sous forme d'induration et contenait encore des spirochètes.

On peut chercher à expliquer ce fait soit par la parasitotropie soit par l'organotropie du Salvarsan.

Quoi qu'il en soit, on pourra y avoir recours dans les cas de phagédénisme. PELLIER.

Généralités.

La signification et l'explication des rêves sexuels (Die Bedeutung und die Erklärung der sexuellen Träume), par M. Porosz. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* t. 111, 1912, p. 9.

Les différents degrés dans le phénomène des pollutions nocturnes (avec ou sans rêves érotiques) correspondent à des degrés d'atonie prostatique : grâce au traitement (que P. ne précise pas) le malade arrive peu à peu au rêve érotique sans pollution.

Il faut cependant reconnaître la possibilité de pollutions d'origine centrale. Pellier.

Sur la question de l'influence de la circoncision rituelle sur la contamination par les maladies vénériennes (Zur Frage über den Einfluss der rituellen Beschneidung auf die Ansteckung mit venerischen (weichen und harten) Affektionen), par P.-A. Pawlow. *Dermatologische Wochenschrift,* 17 février 1912, n° 7, p. 197.

Une observation de vingt années conduit P. à considérer que si les circoncis sont un peu moins sujets aux affections vénériennes cela tient presque exclusivement à ce qu'on ne peut observer chez eux les affections locales dues exclusivement à la présence du prépuce. Il semble qu'en laissant un tissu cicatriciel et en provoquant la sécheresse du tégument elle favorise la production des lésions en des points qui sont plus rarement atteints chez les sujets non circoncis. En somme rien ne permet de la considérer comme une mesure prophylactique méritant de devenir obligatoire. Pellier.

Expérience de l'anesthésie extradurale dans la pratique vénéréologique (Erfahrungen mit der Epiduralanasthesie in der venereologischen Praxis), par R. Frühwald. *Monatshefte für praktische Dermatologie,* t. 54, n° 8, p. 421.

L'expérience porta sur 42 malades et fut faite 48 fois. L'anesthésie a été obtenue dans 31 cas.

Il peut arriver que des zones isolées échappent à l'anesthésie. Dans la plupart des cas la sensibilité tactile est conservée ; la douleur est seule abolie. F. a observé six fois des paresthésies douloureuses au niveau du gland.

Comme accidents il faut noter : dans un cas une faiblesse des jambes persistant quelque temps (?), des troubles urinaires chez un autre et un cas de collapsus suivi de vomissements. F. n'en considère pas moins la méthode comme avantageuse pour les opérations sur les organes génitaux de l'homme et ayant surtout contre elle sa difficulté. Pellier.

Prostate (maladie de la).

Existe-il une différence entre la sécrétion prostatique normale et celle d'une prostate enflammée (Gibt es einen bestimmten Unterschied zwischen dem Prostatasekret bei einem normalen Falle und bei einer Pros, tatitis), par G. Björling. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1912, t. 111, p. 495.

B. appelle « à noyau chromophile » les leucocytes dont le noyau se colore

plus vite que le protoplasma, par une solution de bleu de méthylène, et sans être fixés.

Dans la sécrétion prostatique normale, on ne trouve pas de leucocytes à noyau chromophile, taudis qu'on en trouve souvent (mais non toujours) en cas de prostatite.

La fixation et la coloration par l'éosine et bleu de méthylène de Leishmann donnent une coloration diffuse, totale, des leucocytes, si la réaction est normale, tandis que en cas de prostatite, le noyau et le protoplasma sont nettement différenciés, le protoplasma étant souvent granuleux. Ch. Audry.

Sur l'organo-thérapie du prostatisme (Uber Organotherapie des Prostatismus), par W. Karo. *Dermatologische Wochenschrift,* 3 février 1912, n° 5, p. 139.

Quelques résultats heureux dus à l'injection intramusculaire d'une préparation dite « testiculin ». Pellier.

Le traitement cytotoxique de la prostatite blennorrhagique (Die cytotoxische Behandlung der Prostatitis gonorrhoica), par J. Sellei. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* t. 111, 1912, p. 77.

Depuis ses premières recherches, S. a abandonné l'emploi du traitement cytotoxique dans l'hypertrophie prostatique.

Le traitement des prostatites semble les influencer favorablement. L'action peut être très rapide ; elle est parfois nulle. Dans la prostatorrhée son action semble indéniable, mais n'est souvent que temporaire.

La sécrétion est recueillie par massage rapide après lavage de l'urètre. On dose sa teneur en éléments figurés de façon à obtenir une émulsion à 1 pour 100 (dose de début) et on conserve 24 heures à l'étuve après addition d'acide phénique (1/2 pour 100). Il faut commencer par de très petites doses à cause des différences d'intensité du produit et de résistance des malades. Pellier.

REVUE DES LIVRES

Sur les pyodermies, infections cutanées par les microbes pyogènes vulgaires (Über Pyodermiens, die Infektionen der Haut mit den banalen Eitererregern), par J. Jadassohn. *Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Dermatologie, der Syphilidologie, und der Krankheiten der Urogenitale apparaten,* dirigé par Jadassohn, t. I, fasc. 2.

Excellent exposé didactique où je me contente de relever le tableau de distribution dressé par J. Il distingue surtout de par l'anatomie :

I. — Staphylodermies.

Staphylodermies épidermoïdales. — Celles-ci peuvent être circonscrites et liées à un organe de la peau : poro-sudoriparite des nourrissons (Lewandowsky), ou folliculite pilo-sébacée de Bockart (des enfants ou des adultes).

Elles peuvent être circonscrites mais indépendantes d'organes cutanés : staphylodermies vésico-bulleuses (impetigo contagiosa), variétés sporadiques, albostaphylogènes (Dohi, etc.) et enfin, pemphigoïde staphylogène des nouveau-nés et des enfants.

Elles peuvent être diffuses : dermatite de Ritter, variété pustuleuse miliaire de Sabouraud.

Staphylodermies épidermoïdo-cutanées. — Circonscrites et limitées au pourtour d'un appareil cutané (abcès sudoripare du nourrisson, ou furoncle et anthrax autour des follicules pilo-sébacées des adultes) — ou circonscrites et indépendantes d'appareil cutané : ecthyma staphylogène.

En outre : une staphylodermie cutanée profonde circonscrite suppurée et une staphylodermie diffuse dermo-lymphatique (érysipèle staphylogène de Jordan).

Enfin, le phlegmon staphylogène, sur un plan plus profond encore.

II. — Streptodermies.

1° Épidermoïde circonscrite superficielle bulleuse ou non (impetigo vulgaire, streptodermie bulleuse) ; 2° épidermoïdo-dermique circonscrite : ecthyma simplex et 3° dermique : streptodermie abcédante.

2° Streptodermies diffuses superficielles (peut-être la dermatite de Ritter, le pemphigus des nouveau-nés, la dermite chronique à streptocoques de Sabouraud) ; — la streptodermie diffuse profonde : érysipèle, et plus profondément encore, le phlegmon streptogène.

Ch. Audry.

Etiologie et pathogénie des condylomes acuminés (Ueber die Aetiologie und Pathogenese der spitzens Condylome), par C. Cronquist. G. Cronquist, éditeur, Malmoc, 1912.

Ce petit livre représente une somme considérable de recherches et il sera toujours consulté avec profit par les personnes qui s'intéresseront à la question.

C. combat la notion de spécificité appliquée aux végétations. Assurément il a raison si comme lui on met sur le même plan les réactions végétantes du tégument. Mais cette manière de voir n'est plus soutenable.

Qu'il existe une maladie dite « végétation » et que cette maladie soit en rapport avec le virus, encore inconnu mais certain, des verrues, c'est ce que nous croyons fermement.

Malheureusement C. a laissé échapper ce point de vue et ne connaît pas les verrues digitées. Il aurait trouvé en France une quantité de travaux, et n'a pas pu lire ceux de Gemy. D'autre part, les vétérinaires savent parfaitement que les végétations des animaux domestiques sont contagieuses et autonomes. D'où la confusion qui s'établit dans son travail entre des altérations totalement indépendantes les unes des autres.

Je répète toutefois que ce petit ouvrage renferme tant d'indications qu'il ne peut manquer d'être utile. Ch. AUDRY.

Sur la syphilis congénitale : origine, manifestation et traitement (Uber kongenitale Syphilis Entstehung, Erscheinungen und Behandlung), par F. BERING. *Sammlung zwangloser Abhandlungen, aus dem Gebiete der Dermatologie, der Syphilidologie und der Krankheiten der Urogenitale Apparaten,* dirigé par JADASSOHN, t. I, fasc. 4.

Petite revue d'ensemble. B. montre que d'après la W. R. les lois de Colle et de Profeta sont abolies. Un enfant ne naît syphilitique que d'une mère syphilitique elle-même.

Il faut traiter la mère et l'enfant. Ch. AUDRY.

Manuel des maladies cutanées et vénériennes (Lehrbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten), rédigé par BETTMANN, BRUHNS, BUSCHKE, EHRMANN, GROUVEN, JESIONEK, RIECKE, RICHL, TOMASCZEWSKI, TORÖK, VON ZUMBUSCH, — sous la direction de RIECKE. 1 vol. de 750 pages, avec 324 planches ou figures. G. FISCHER, éditeur. Iena, 1912.

Ni les auteurs, ni les éditeurs, ni les lecteurs ne se lassent, en Allemagne, et il faut les en féliciter sans arrière-pensée. Il y a en effet beaucoup à apprendre, pour tous, dans les livres de ce genre.

C'est Riehl qui s'est chargé de la dermatologie générale (anatomie, physiologie, symptomatologie générale), et qui s'en est acquitté avec brièveté, jugement et précision.

Il faut bien reconnaître que la distribution des « matières » subséquentes est singulièrement arbitraire. Je crois vraiment qu'en ces livres collectifs, la distribution alphabétique est la seule possible. On s'en tire ici en consultant la table alphabétique qui est à la fin du volume. Ehrmann a traité l'eczéma avec sa conscience et sa compétence habituelles : je crois qu'il simplifierait la thérapeutique s'il avait l'expérience du goudron de houille.

D'autre part, est-il juste de donner même développement à l'étude de l'impetigo staphylogène et à celle de la dermatite papillaire de la nuque. Bon article de Riecke sur le psoriasis ; Riecke ne s'étonnera pas si je ne peux approuver son exposé du lichen ruber : je retrouve ici la redoutable influence de Kaposi vieilli ; nous avons eu en France trop d'exemples de ces influences stérilisantes. De même, je n'accepte absolument pas la description synthétique que Bettmann donne des pemphigus. Sur ce point

encore, je crois (naturellement !) que nous voyons mieux en France. Le zona, le prurit, etc. sont au contraire parfaitement décrits et sous des points de vue intéressants.

Von Zumbusch a étudié les anomalies de circulation de la peau, les névroses vasomotrices, les intoxications médicamenteuses, les purpuras, les érythèmes polymorphes.

L. Torök décrit avec précision et autorité : le lupus érythémateux, les affections sébacées et sudoripares, bon nombre des maladies pilaires et péripilaires.

Grouven a rédigé les différentes formes de tuberculose de la peau, la lèpre, etc.

Tomasczewski étudie les sclérodermies, les anomalies pigmentaires, les tumeurs de la peau, les éléphantiasis.

Riecke résume les principales données relatives aux ichtyoses et à d'autres anomalies cornées.

Je dois apporter une approbation sans réserve au chapitre consacré par Jesionek aux dermatomycoses et aux dermatozoonoses.

Bruhns a consacré 90 pages à la blennorrhagie.

Enfin le travail de Büschke sur la syphilis est clair, simple et intéressant ; toutefois, il paraît n'avoir guère étudié la syphilis que dans ce qu'elle a de cutané ; qu'il me permette de regretter franchement son « historique ». Ce n'est nullement Ricord qui a isolé la blennorrhagie, pas plus que Neisser, d'ailleurs ; c'est Hernandez ; et ce n'est pas Schaudinn qui a posé les limites de la syphilis, c'est Rollet. Cet historique a un caractère enfantin qui étonne sous la plume d'un homme aussi instruit, aussi distingué que Büschke.

En résumé, très bon manuel dont il faut louer sans réserves l'illustration abondante, bien choisie et réellement superbe, si l'on tient compte du prix modéré du volume.

Ch. AUDRY.

CORRESPONDANCE

La rédaction des *Annales* a reçu la lettre suivante ; elle la publie bien qu'il soit dans les traditions du journal de n'accepter aucune polémique :

Mon cher Confrère,

Dans une analyse qu'il a consacrée à mon livre sur la stérilisation de la syphilis (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie,* novembre 1911), M. Audry a déclaré que j'avais émis une affirmation entièrement fausse en écrivant que « la réaction de Wassermann n'est pas habituellement négative chez les malades soumis aux pilules ».

J'espère que M. Audry voudra bien nous donner les statistiques sur lesquelles il s'appuie pour contester mon opinion, s'il a pu en établir chez des syphilitiques anciens qui ne venaient pas le consulter à l'occasion d'un accident. Car ceux qui présentent des accidents ont très souvent une réaction positive.

Mon affirmation se fonde sur la fréquence des accidents syphilitiques avec séroréaction positive chez les malades « soumis aux pilules », sur leur rareté relative chez les malades traités par des méthodes précises, à doses suffisantes et pendant le temps nécessaire. Cependant j'ai constaté que chez les malades traités par l'huile grise aux doses de 0 gr. 07 Hg par semaine, par séries de six semaines, pendant quatre ans (quatre séries la première et la seconde années, trois ou deux les suivantes), la R. W. reste positive, *une fois sur cinq* ou *une fois sur six* au bout de quatre ans.

Les documents précis que ne manquera pas d'apporter M. Audry nous apprendront si les pilules ont une action supérieure, ou si, comme je le crois, même absorbées pendant plusieurs années, elles ne font pas disparaître la séroréaction dans un nombre de cas considérable.

Dr Leredde.

Conformément aux usages, la lettre précédente a été communiquée à M. le Pr Audry qui nous a adressé la réponse suivante :

Mon cher Collègue,

Mon texte authentique est : « Comment Leredde peut-il écrire : La réaction de Wassermann « n'est pas habituellement négative chez les malades soumis aux pilules : une des plus graves erreurs et des plus communes qui ont été commises par les syphiligraphes a été de croire qu'un traitement prolongé peut remplacer un traitement énergique » C'est là une affirmation extrêmement fausse : si Leredde prend la peine d'examiner la W. R. d'un très grand nombre de vieux malades jadis traités par les pilules, comme il convenait, il verra que chez beaucoup elle est négative. Il n'est même pas du tout prouvé que la W. R. soit plus fréquente chez eux que chez les autres, à ancienneté égale ! »

Tel est mon texte, et je le répète, *intégralement* !

Ch. Audry.

Le Gérant : Pierre Auger.

TABLE PAR NOMS D'AUTEURS

DES TRAVAUX ORIGINAUX, RECUEILS DE FAITS ET REVUES GÉNÉRALES

TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX SONT PUBLIÉS OU ANALYSÉS DANS CE VOLUME

G

H

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

W

Z

TABLE ALPHABÉTIQUE ET MÉTHODIQUE DES MATIÈRES

DU TOME III. — CINQUIÈME SÉRIE

1912

B

C

T

X

Z

SYPHILIS

I. — ÉTUDE CLINIQUE.

II. — SYPHILIS HÉREDITAIRE.

III. — ÉTUDE BIOLOGIQUE.

IV. — ÉTUDE BACTÉRIOLOGIQUE ET EXPÉRIMENTALE.

V. — ÉTDE THÉRAPEUTIQUE.

Accidents nerveux.

CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT.